

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 27 novembre 1903, à 1 heure

PAR

W. LEVESQUE

Ancien externe des hôpitaux de Paris
Médaille de bronze de l'Assistance publique

LES

FISTULES PURULENTES

DE LA

FOSSE ILIAQUE DROITE

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges : MM. {
TUFFIER, Agrégé.
WALTHER, Agrégé.
CUNÉO, Agrégé.

Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE ÉDITEUR

25-27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 25-27

1903

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	POIRIER.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	GILBERT.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	DEJERINE.
	CHANTEMESSE.
	LANDOUZY.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	TILLAUD.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	DE LAPPERSONNE.
	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	Travaux anatomiques)
BÉZANCON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DUPRE.			WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

LE DOCTEUR LEVESQUE

Membre du Conseil Général de l'Orne,

A MA MÈRE

A MON PARRAIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de la Charité,
Membre de l'Académie de Médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE DOCTEUR J. VOISIN

Médecin de l'hospice de la Salpêtrière,
Externat 1900-1901, Hospice de la Salpêtrière.

MONSIEUR LE DOCTEUR BOURCY

Médecin de l'Hôpital Laënnec,
Externat 1901-1902, Hôpital Tenon.

M. LE DOCTEUR LEJARS

Chirurgien de l'Hôpital Tenon,
Externat 1902-1903, Hôpital Tenon.

M. LE DOCTEUR AUVRAY

Directeur de l'Ecole de Médecine de Caen,
Médecin de l'Hôtel-Dieu de Caen.
1896-97 et 1898-99.

M. LE DOCTEUR BARETTE

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Caen,
1896-97 et 1898-99.

PRÉFACE

Nous avons eu l'occasion d'observer, pendant notre année d'externat dans le service de M. le professeur agrégé Lejars, chirurgien à l'hôpital Tenon, une malade atteinte d'une fistule purulente de la fosse iliaque droite, consécutive à un abcès d'origine appendiculaire et datant de trois ans. M. le professeur agrégé Lejars attira notre attention sur ce fait et nous engagea à faire des fistules purulentes de la fosse iliaque droite le sujet de notre thèse.

Nous l'en remercions vivement et lui exprimons nos plus vifs sentiments de reconnaissance pour toute la bienveillance dont il a toujours fait preuve à notre égard.

Nous remercions également M. le docteur J. Voisin, qui nous guida dans l'étude des maladies mentales pendant l'année que nous avons passée dans son service à la Salpêtrière, ainsi que M. le docteur Bourcy qui, à côté de la clinique adulte, fut notre initiateur dans la clinique et la thérapeutique infantiles.

Nous ne saurions non plus oublier nos maîtres de l'école de médecine de Caen, où nous avons eu le bon-

heur de passer nos deux premières années : M. le docteur Auvray, directeur de cette école, et M. le docteur Barette, qui nous donnèrent les premières notions de clinique médicale et de clinique chirurgicale. Nous leur adressons l'expression de notre profonde gratitude, ainsi qu'à tous ceux qui, pendant nos études, nous ont suivi avec sympathie.

Nous adressons nos respectueux remerciements à M. le professeur Tillaux pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Introduction.

Les auteurs anciens considéraient le phlegmon de la fosse iliaque droite comme une maladie distincte, une entité morbide nettement définie. Se trouvant en présence d'une série de symptômes toujours les mêmes, douleur, tuméfaction, suppuration, et sans en rechercher les causes multiples, ils y voyaient une affection idiopathique.

Pour s'expliquer l'étiologie de ce phlegmon, ils faisaient des suppositions très diverses. Pour Dupuytren, c'était dans la forme de l'intestin et des parties qui l'environnent qu'il fallait en chercher la raison. Plongé dans une masse de tissu cellulaire, le cœcum offre, à son point d'union avec l'intestin grêle, un rétrécissement tellement marqué que, dans ce lieu (valvule iléo-cœcale), on voit fréquemment s'amasser des corps étrangers qui peuvent quelquefois devenir eux-mêmes la cause déterminante de ces abcès ; de plus, c'est dans cette partie que les matières alimentaires, prenant un caractère excrémentitiel,

sont obligées de circuler contre les lois de la pesanteur, et c'est encore dans cette portion du canal intestinal qu'on rencontre fréquemment des altérations phlegmasiques dans un grand nombre de maladies. Toutes ces causes, qui produisent une irritation de la membrane muqueuse digestive, sont capables de déterminer un phlegmon iliaque.

Au contraire, Grisolle, jusque dans sa 9^e édition, considère le phlegmon iliaque comme une affection protopathique et ne veut voir dans la typhlite qu'une conséquence.

Les symptômes de l'affection qu'ils décrivaient étaient, chez un sujet quelconque, sans antécédents nets : la fixité de la douleur dans un point limité de la fosse iliaque droite, son exagération par les mouvements de pression, et, au bout d'un certain temps, l'apparition d'une tuméfaction en ce point, obscure au début, mais plus facilement perceptible plus tard.

Enfin, la terminaison se faisait par résolution ou par suppuration. Dans ce dernier cas, l'abcès avait tendance à déverser son contenu au dehors, à la paroi abdominale, au niveau de l'arcade de Fallôpe, soit un peu plus haut, vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, ce qui entraînait souvent la formation de fistules.

Symptômes toujours les mêmes, marche toujours semblable, terminaisons identiques, tels sont les motifs qui ont poussé les auteurs anciens à considérer le phlegmon iliaque comme une entité morbide ; aussi, dans les longs articles et les nombreux travaux qu'ils ont consacrés à sa description, n'est-il pas étonnant de les voir décrire,

sous ce nom, des états pathologiques de nature et d'origine différentes.

Aujourd'hui, au contraire, la connaissance plus exacte de l'anatomie du cœcum et de l'appendice, l'étude des péritonites appendiculaires vérifiées au cours de l'intervention chirurgicale, ont singulièrement éclairé la pathogénie des abcès de la fosse iliaque droite, et c'est à peine si les classiques leur consacrent quelques pages dans leurs traités. Ce n'est pas que le phlegmon iliaque n'existe plus ; mais, c'est que l'on a reconnu qu'il n'était qu'une variété, une manière d'être de l'inflammation, qui peut atteindre tous les points de la fosse iliaque interne droite, et même les organes situés en dehors d'elle. Aussi, en présence de causes si diverses, les auteurs contemporains ont-ils préféré décrire chaque espèce d'abcès de la fosse iliaque droite, avec la maladie et l'organe qui en sont l'origine. Quoi qu'il en soit, l'unité clinique du phlegmon iliaque subsiste toujours avec les caractères qui lui sont propres : douleur, tuméfaction, et ses conséquences, en particulier la fistule.

D'après ce rapide exposé de l'historique du phlegmon de la fosse iliaque droite, nous voyons combien le diagnostic étiologique d'une fistule de cette fosse iliaque, qui peut paraître simple au premier abord, présente, au contraire, de difficultés en présence de causes si multiples.

Aussi, nous avons pensé qu'il serait intéressant de rechercher, dans le sujet de notre thèse, lorsqu'on se trouve en présence d'un individu atteint d'une fistule purulente

de la fosse iliaque interne droite, quelle peut être l'origine de cette fistule, d'après ses caractères particuliers et la marche de l'affection, pour en déduire le traitement.

CHAPITRE II

Généralités. Définition.

Les anciens donnaient le nom de fistule à tout orifice anormal auquel faisait suite un trajet, quels que fussent, du reste, l'origine de cette perforation, l'organisation ou le lieu de terminaison de ce trajet, la nature du fluide auquel il donnait issue. On voit par là combien il est difficile de donner, des fistules, une définition générale ayant quelque peu de précision.

Ce fut ensuite la notion d'ulcère canaliculé qui prédomina à partir de Celse (1) jusqu'à Boyer (2), qui définit la fistule « un ulcère étroit, plus ou moins profond, disposé en forme de canal et entretenu par une cause locale. » Avant lui, Heister (3) se bornait à les mentionner comme l'une des diverses espèces d'ulcère.

En présence de telles traditions, Marvidès (4) tradui-

(1) CELSE. *De medicin*, cap. XXVIII, lib. V.

(2) BOYER. *Maladies chirurgicales*, tome II, chap. III.

(3) HEISTER. *Institut de chirurg.*, tome I, liv. V. Trad. franc. de Paul d'Avignon, 1770.

(4) MARVIDÈS. *Prix de l'acad. de chirurg.*, tome IV.

sait, de cette façon, son embarras à trouver une définition qui fût satisfaisante : « Quand une maladie, connue par une simple et unique dénomination, se présente, relativement à ses causes, sous différents genres, lesquels ont chacun leurs symptômes caractéristiques particuliers, et que les indications, qui en résultent, exigent des procédés qui ne se ressemblent en rien, il est difficile d'en donner une définition exacte et précise, qui puisse convenir en même temps à chaque espèce et dans toutes les circonstances. Tel est le cas où se sont trouvés les auteurs qui ont défini la fistule. »

Le parti le plus sage à prendre était donc peut-être d'indiquer seulement quelle est la valeur clinique de ce mot, sans essayer de le déterminer d'une façon rigoureuse *per genus et differentiam*.

Quoiqu'il en soit, les classiques contemporains ont tenté de donner la définition suivante : « On donne le nom de fistule à un trajet accidentel, disposé en canal plus ou moins étroit et allongé, entretenu par une altération locale et permanente des tissus vivants, et par lequel s'échappent du pus, des produits de sécrétion ou d'autres matières de nature diverse, déviées de leurs réservoirs ou de leurs conduits naturels (1). »

La formule, donnée par Follin (2), reproduit textuellement la précédente ; il y ajoute seulement à l'indication d'une cause locale, celle d'une cause générale.

Enfin, Cruveilhier (3) s'exprime en ces mots : « consi-

(1) *Compendium de chirurgie*. BÉRARD et DENOUEILLIERS, t. IV, 1845.

(2) FOLLIN. *Traité élémentaire de path. ext.* T. I, 1861.

(3) CRUVEILHIER. *Traité d'anat. pathol. gén.* Paris, 1852, t. II, p. 516.

dérées sous le point de vue général, les fistules sont des conduits excréteurs accidentels ou supplémentaires, destinés à porter au dehors un liquide physiologique ou pathologique secrété. La solution de continuité est donc l'élément de toute fistule, mais un élément secondaire, subordonné à la cause qui l'entretient ; car, la cause une fois détruite, la solution de continuité tend essentiellement à la guérison. » Et, il ajoute ensuite ces paroles judicieuses : « l'histoire des fistules est donc, à la rigueur, celle des causes qui les produisent. »

Les fistules ne forment pas, en effet, une entité morbide ; elles ne sont que des affections consécutives à certains états pathologiques qui en modifient le caractère : c'est ainsi que nous avons des fistules salivaires, des fistules purulentes, des fistules stercorales, etc. Leur étude est donc intimement liée aux causes qui les produisent ; aussi, avant de donner une définition des fistules purulentes, passerons-nous rapidement en revue quelles sont les conditions essentielles pour qu'il y ait fistule purulente.

Les fistules purulentes succèdent toujours à un abcès, que cet abcès soit causé par l'inflammation d'un organe voisin, ou par un corps étranger venu du dehors. Dans ces deux cas il y a plaie des téguments, soit par ulcération de la paroi par le contact prolongé du pus, soit par le corps étranger qui l'a traversée ; mais il n'y a pas fistule. Le caractère de chronicité est en effet essentiel à la fistule purulente ; tant que la lésion est récente et qu'elle est le siège d'un travail de réparation, ce n'est qu'une plaie suppurante ; elle ne devient fistule que

lorsque la tendance à la guérison a disparu sous l'influence d'une cause qui empêche ou tout au moins retarde cette issue favorable.

Cette cause peut être la destruction d'une grande partie des vaisseaux et des nerfs qui se rendaient aux téguments ; le travail de réparation devient alors impossible dans les parties dont la vitalité se trouve ainsi diminuée au point de ne pouvoir contribuer à leur réunion avec les parties sous-jacentes.

Ce peut encore être la disposition des téguments dont l'extrême mobilité s'oppose à la réunion de la plaie ou des parois de l'abcès ; mais le plus souvent, le seul obstacle à la cicatrisation est l'écoulement continu du pus, qui, par suite d'une disposition locale, ne tarit pas.

Le second caractère de la fistule purulente, après la chronicité, c'est de ne livrer passage qu'à du pus. Il peut arriver cependant qu'au bout d'un temps plus ou moins long, on voie un ou plusieurs calculs stercoraux, qui entretenaient la suppuration, être expulsés par l'ouverture de la fistule, (cas de Buscarlet, obs. VIII) ; il peut se faire aussi que la poche purulente, qui entretient la fistule, soit en communication avec un appendice ouvert par une perforation, sans que cependant il y ait issue de matières fécales dans la poche purulente et de pus dans l'intestin (cas de Dupuytren, Obs. X). Nous ne considérons pas des cas semblables comme des fistules pyo-stercorales, puisque l'écoulement est uniquement purulent et nous les rangeons parmi les fistules purulentes.

Les deux caractères essentiels des fistules puru-

lentes sont donc la chronicité et l'issue du pus seul par leur ouverture.

Nous pourrions alors, maintenant que nous connaissons leurs caractères propres, dire que les fistules purulentes de la fosse iliaque droite sont des trajets accidentels plus ou moins longs et sinueux déterminés par l'ouverture spontanée ou artificielle d'un abcès, dont l'écoulement continu du pus empêche la cicatrisation des parois et qui ne donnent issue qu'à du pus.

CHAPITRE III

Etiologie. — Pathogénie.

Les fistules purulentes ayant, ainsi que nous l'avons dit dans le chapitre précédent, pour origine un phlegmon, un abcès, c'est donc l'étiologie de ce dernier que nous devons passer en revue, puisque l'étude des fistules est celle des causes qui les produisent.

Les causes des abcès de la fosse iliaque droite sont multiples. Ce peut être une plaie, ainsi que l'a vu J. Bell, une contusion, un effort, comme l'a constaté Bourienne, une fracture, l'inflammation d'un organe ; le point de départ de cet abcès peut donc siéger dans toute l'étendue de la fosse iliaque ; aussi croyons-nous utile de rappeler ici l'anatomie topographique et chirurgicale de la fosse iliaque droite, d'une manière très succincte.

La fosse iliaque droite est cette excavation qui est située à la partie inférieure latérale droite de l'abdomen, et qui correspond exactement à la portion de l'os iliaque désignée sous le nom d'os des îles.

La région de la fosse iliaque, qui correspond à cet os, a

pour limites : la crête de l'os iliaque en haut et en dehors, le bord antérieur de cet os en bas et en avant, ou bien l'arcade crurale qui sous-tend ce bord, le détroit supérieur du bassin et la symphyse sacro-iliaque en dedans.

Examinée extérieurement, cette région offre les limites artificielles suivantes : une ligne transversale étendue de la partie la plus élevée de la crête iliaque d'un côté à la partie semblable du côté opposé, une ligne, perpendiculaire à la première, partant de l'épine du pubis ; enfin une ligne sinueuse correspondant au contour du bord antérieur de l'os coxal. Les parties molles de cette paroi sont constituées par les différents plans de la paroi abdominale.

Le squelette de la fosse iliaque est constitué par la portion iliaque de l'os des îles et la saillie qui correspond, en dedans, à la cavité cotyloïde et à l'articulation de la hanche. Il forme un plan osseux concave, constitué par un tissu spongieux, excepté au centre où l'os offre, chez certains sujets, moins d'épaisseur et est plus compact.

On trouve dans la fosse iliaque droite, en allant d'avant en arrière, les organes suivants :

Le péritoine, qui descend des parois abdominales et tapisse toute la fosse, avec le cœcum qu'il entoure dans toute sa circonférence, comme l'ont démontré Bardelelen (1), Luschka (2), Trèves, Tuffier, mais sans fournir de méso-cœcum, et l'appendice vermiculaire qui se détache du fond du cœcum auquel il est relié par un méso.

(1) BARDELEN. *Virchow's Arch.*, 1849. p. 583.

(2) LUSCHKA. *Virchow's Arch.*, 1861.

Une couche de tissu cellulaire sous-péritonéal, très abondante, lâche, lamelleuse, contenant seulement quelques pelotons adipeux et se continuant sans ligne de démarcation avec le tissu cellulaire sous-péritonéal du petit bassin, et, en particulier chez la femme, avec celui des ligaments larges. Il en résulte que les inflammations, qui se développent dans le petit bassin, et surtout dans les ligaments larges, se propagent avec la plus grande facilité au tissu cellulaire de la fosse iliaque. Ce dernier se continue directement aussi avec le tissu cellulaire sous-péritonéal de la paroi abdominale ; il n'est donc pas étonnant que l'inflammation se propage de l'un à l'autre. C'est d'ailleurs la marche du phlegmon iliaque, ainsi que nous le verrons. Cette couche de tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque renferme l'artère et la veine iliaques externes, qui forment la limite interne de la fosse iliaque, et une chaîne de ganglions lymphatiques, qui recouvrent ces vaisseaux, les ganglions iliaques externes, auxquels viennent aboutir les lymphatiques des ganglions inguino-cruraux, et les vaisseaux lymphatiques épigastriques et circonflexes iliaques.

Le fascia iliaca, qui est l'aponévrose d'enveloppe commune et recouvre les muscles psoas et iliaque. Il part de l'aponévrose du muscle carré des lombes, s'insère au bord interne de la crête iliaque et sur l'arcade de Fallope, après s'être réuni au fascia transversalis. A la partie interne, il est tendu par le tendon du petit psoas, avec lequel il se perd sur la crête du pubis ; d'autre part, il passe avec le psoas, auquel il forme une gaine, jusque dans la cuisse. Ce fascia est plus ou moins épais suivant :

les sujets, et, c'est la variété de sa résistance qui peut expliquer, dans certains cas, la propagation de l'inflammation du tissu cellulaire sous-péritonéal au psoas et réciproquement.

Une deuxième couche de tissu cellulaire, beaucoup moins épaisse que la couche sous-péritonéale, est située en arrière du fascia iliaca, dans la loge ostéo-fibreuse occupée par les muscles psoas et iliaque. Très mince et exclusivement celluleuse sur le psoas, un peu plus épaisse et parsemée d'ilots graisseux sur le muscle iliaque, elle se continue à la cuisse jusqu'aux insertions du petit trochanter. Elle contient les branches fémoro-cutanée et génito-crurale du plexus lombaire

Les muscles psoas et iliaque, enfin, forment une couche épaisse, principalement sur la circonférence du détroit supérieur du bassin. Le psoas descend de la partie latérale des vertèbres lombaires ; le muscle iliaque s'insère dans toute l'étendue de la fosse iliaque interne. Entre ces deux muscles, avant qu'ils se confondent, on trouve le nerf crural. Entre le tendon du psoas et le pubis, on trouve encore une bourse séreuse qui, dans certains cas, peut s'enflammer.

Les inflammations de la fosse iliaque droite pourront donc, d'après les dispositions anatomiques de cette région, occuper deux sièges bien distincts : le tissu cellulaire sous-péritonéal, et la gaine des muscles psoas et iliaque.

Les abcès de la fosse iliaque peuvent reconnaître pour cause, tout d'abord une inoculation directe par un corps étranger venu de l'extérieur, tel qu'une balle.

Mais, le plus souvent, ce sont les parties constituant

cette région, que nous venons d'énumérer, qui seront elles-mêmes le point de départ de ces abcès : ce sera le psoas qui donnera une psoïte (Obs. I) ; sa bourse séreuse, un hygroma suppuré ; l'articulation sacro-iliaque, la sacro-coxalgie ; l'os iliaque lui-même qui pourra être atteint de carie ou de nécrose ; les ganglions iliaques externes, atteints d'adénite ; et, enfin, le cœcum et l'appendice qui donneront lieu aux accidents variés de péritonite localisée péri-appendiculaire ou péri-cœcale.

De plus, ces abcès pourront avoir leur origine en dehors de la fosse iliaque droite, en un point plus ou moins éloigné. Ils pourront venir : en haut, de la colonne lombaire ou même dorsale, et du rein qui est appliqué contre elle à ce niveau ; en bas, du petit bassin et de son contenu, ligament large, ovaire, prostate, par suite de la continuité du tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque avec celui du petit bassin ; enfin, en bas et en dehors, de l'articulation de la hanche. Dans le premier cas, l'abcès aura pour point de départ un mal de Pott lombaire ou dorsal, ou un phlegmon périnéphrétique ; dans le second cas, un phlegmon du ligament large (Obs. XI), un abcès de l'ovaire, ou un phlegmon périprostatique ; enfin, une coxalgie (Obs. XIV). A ces causes éloignées nous devons encore ajouter les kystes suppurés de l'ovaire, surtout les kystes fœtaux ou dermoïdes, comme capables de produire une fistule purulente de la fosse iliaque droite interne (Obs. XII).

Nous allons reprendre maintenant chaque cas en particulier et étudier la marche que l'abcès suivra pour arriver à la paroi abdominale.

Le psoïtis est l'inflammation et la suppuration du muscle psoas et de l'atmosphère celluleuse qui l'entoure. C'est donc un abcès sous aponévrotique qui se trouve bridé par le fascia iliaca et qui ne pourra s'ouvrir qu'en haut, à la région lombaire, ou en bas, à la région inguinale. Mais, il peut se faire que ce fascia, doué d'une moindre résistance, cède sur un ou plusieurs points ; le pus se répand alors dans la couche celluleuse sous-péritonéale, et, comme il tend à se créer une voie d'écoulement au dehors, il vient faire saillie à la région inguinale, un peu au-dessus du ligament de Fallope.

Il en est de même pour l'hygroma suppuré qui est l'inflammation, suivie de suppuration, de la bourse séreuse située entre le tendon du psoas et le pubis ; Velpeau (1) l'a vue occasionner un abcès de la fosse iliaque, sous aponévrotique.

La sacro-coxalgie, signalée par Boyer (2), et appelée ainsi par Larrey (3), est l'inflammation chronique de l'articulation sacro-iliaque, accompagnée de suppuration. Les cartilages se détruisent, les os se carient et se nécrosent comme dans les tumeurs blanches ordinaires ; de tels désordres s'accompagnent nécessairement de la formation d'abcès qui occupent tantôt la face postérieure, tantôt la face antérieure de l'articulation. Ces derniers siègent alors dans la fosse iliaque, en arrière du muscle iliaque que fréquemment ils soulèvent. Bridé par le fascia iliaca, le foyer purulent reste limité pendant un certain

(1) VELPEAU. *Leçons de clinique chirurgicale*, Paris, 1840, t. III.

(2) BOYER, *Traité des maladies chirurq.*, tomes III et IV.

(3) LARREY. *Cliniques chirurgicales*, t. III, p. 330.

temps ; puis, il finit ordinairement, obéissant aux lois de la pesanteur, à descendre vers l'arcade crurale qu'il peut franchir pour fuser jusque dans la cuisse. Mais, il n'en est pas toujours ainsi ; quelquefois le pus perfore le fascia, envahit ensuite le tissu cellulaire sous-péritonéal et vient se collecter un peu au-dessus du ligament de Fallope.

Les lésions de l'os iliaque sont rarement isolées ; on les rencontre ordinairement dans les cas de tumeur blanche de l'articulation de la hanche ou de la symphyse sacro-iliaque. Cependant, la carie et la nécrose peuvent se développer sur la crête iliaque ou dans la fosse iliaque en l'absence de toute lésion de voisinage. Dans ce cas, l'abcès est encore sous-aponévrotique ; mais, peu à peu, le pus soulève le muscle iliaque et arrive à perforer le fascia iliaca dans un ou plusieurs points pour venir se montrer au-dessus du ligament de Poupart, sous forme d'une tumeur fluctuante et arrondie en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure (Obs. XIII).

L'inflammation des ganglions iliaques externes, (Obs. XVII), consécutive à la tuberculose, ou bien à des lymphangites du membre inférieur, ou bien encore à de simples ulcérations sans lymphangite apparente, peut être l'origine d'un phlegmon, alors sous-péritonéal, dont le pus envahissant de proche en proche le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque, viendra se collecter vers l'arcade crurale pour se faire jour au dehors.

Enfin, nous arrivons à la cause la plus importante des phlegmons de la fosse iliaque qui prennent naissance dans cette région même : l'appendicite. L'appendicite est une affection que nous ne connaissons seulement que depuis

quelques années, et dont les manifestations cliniques avaient été, jusqu'alors, rattachées à la typhlite et à la pérityphlite. Aujourd'hui, c'est un fait absolument démontré que l'appendice cœcal est l'origine de toutes les inflammations, ou tout au moins de la très grande majorité des infections péri-cœcales.

Cette notion, tout à fait récente, tend de plus en plus à faire disparaître du cadre nosologique la pérityphlite et l'abcès de la fosse iliaque, tels qu'ils avaient été cliniquement décrits par l'école française, Grisolles en tête.

Examinons donc ce qui va se passer lorsqu'une attaque d'appendicite se déclare. Nous ne nous occupons ici que des cas qui s'accompagnent de la production d'une infection limitée autour de l'appendice.

Il s'établit dans ces cas une barrière d'adhérences protectrices qui limitent la collection purulente et la séparent de la grande cavité péritonéale. La suppuration se trouve enkystée ; c'est ainsi que se constituent les abcès péri-cœcaux, qu'il serait plus logique de nommer abcès péri-appendiculaires, étant donnée leur origine la plus habituelle.

Ces abcès peuvent siéger tout autour du cœcum et se prolonger, par continuité, jusque dans les régions les plus éloignées de leur point de départ.

Ordinairement uniques à leur début et en rapport avec l'appendice, ils sont encapsulés et de volume peu considérable. Mais, bien souvent la suppuration ne s'arrête pas là ; l'abcès initial augmente progressivement, ou bien de petits abcès secondaires, développés autour du premier, se fusionnent en une collection unique.

Quoiqu'il en soit, ces abcès peuvent se développer, soit primitivement, soit consécutivement à une péritonite enkystée, dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Dans le premier cas, c'est plutôt par les lymphatiques que l'infection se propage et il s'agit alors de lymphangites et de péri-lymphangites suppurées ; dans le second, le phlegmon est consécutif à une suppuration d'abord intrapéritonéale, lorsque des adhérences solides, encapsulant le foyer derrière le cœcum ou au-dessous de lui, s'opposent à sa migration vers la grande cavité péritonéale. Il en est ainsi, en particulier, lorsque, par suite de crises antérieures, l'appendice est entièrement recouvert de néoformations séreuses placées au-devant de lui, et se portant du cœcum au péritoine de la fosse iliaque. L'appendice est alors extériorisé par rapport à la cavité péritonéale, et la suppuration, développée autour de lui, gagne la couche sous-séreuse qu'elle envahit de proche en proche, et s'étend en bas, jusqu'à l'arcade crurale, au-dessus de laquelle elle vient se collecter pour s'ouvrir à l'extérieur.

Il nous reste maintenant à envisager les cas où l'abcès a son origine en dehors de la fosse iliaque ; nous voulons parler du mal de Pott, de la coxalgie, et du phlegmon du ligament large.

Le mal de Pott, ou tuberculose de la colonne vertébrale, peut atteindre toutes les parties de cette dernière : la région cervicale, la région dorsale ou la région lombaire. Nous ne nous occuperons que de ces deux dernières. Il se manifeste, au bout d'un temps plus ou

moins long, par la formation d'une gibbosité et d'abcès par congestion.

Ces abcès peuvent se porter dans des directions tout à fait différentes suivant le siège de la lésion osseuse qui les produit. Nous ne nous occuperons que des abcès qui ont leur origine sur la face antérieure ou antéro-latérale du rachis.

Une fois formés, ils peuvent s'accroître, soit par les produits de sécrétion des foyers tuberculeux, soit par l'action destructive du pus infectieux sur les tissus environnants, et principalement le tissu conjonctif. Quoi qu'il en soit, ils peuvent remonter le long de la colonne vertébrale, mais cela est rare; habituellement, les tissus tuberculeux empiètent de plus en plus, ainsi que l'a fait remarquer Lannelongue, dans le sens de la pesanteur et l'abcès ainsi formé se porte vers les parties déclives d'après des lois assez fixes.

Les abcès par congestion de mal de Pott dorsal se développent dans le tissu cellulaire du médiastin; ils suivent le trajet de l'aorte, franchissent parfois l'orifice diaphragmatique avec elle et l'accompagnent jusqu'à sa bifurcation. Ils suivent alors l'artère iliaque, et se dirigent soit du côté de la fesse, en passant par la grande échancrure sciatique, soit vers la cuisse ou encore vers la fosse iliaque, à travers le tissu cellulaire sous-péritonéal pour venir former une tumeur fluctuante au-dessus de l'arcade crurale.

Les abcès par congestion de la région lombaire suivent parfois aussi le trajet de l'aorte et se portent vers les mêmes points que les abcès d'origine dorsale; mais, le

plus souvent, surtout s'ils naissent sur les côtés des vertèbres, ils s'engagent dans la gaine du psoas et viennent saillir à la partie supérieure de la cuisse. Dans ce cas, il peut arriver que le pus perfore la gaine du psoas et vienne se collecter dans la fosse iliaque, au-dessus de l'arcade crurale.

La coxalgie, ou arthrite tuberculeuse de l'articulation de la hanche, peut provoquer elle aussi des abcès qui peuvent avoir pour point de départ une lésion soit de la tête du fémur, soit de la cavité cotyloïde. Ceux-ci peuvent alors s'étendre plus ou moins loin de l'articulation, et s'ouvrent ordinairement à la cuisse, à la fesse ou au pourtour de l'articulation. Cependant, ils peuvent fuser jusque dans la fosse iliaque interne, soit par la grande échancrure sciatique, soit en suivant la gaine du psoas ou les vaisseaux fémoraux (Obs. XIV). Parfois aussi, lorsque le foyer primitif se trouve au fond de la cavité cotyloïde, celle-ci se perfore et le pus fuse directement de ce point vers la fosse iliaque interne. Quel que soit le chemin qu'ils aient suivi, ces abcès viennent faire saillie au-dessus de l'arcade crurale pour se faire jour à l'extérieur.

Le phlegmon du ligament large, que l'on observe ordinairement à la suite d'une infection utérine, se développe dans l'épaisseur même du ligament proprement dit, entre les deux lames du péritoine, dans le tissu cellulaire qui est peu abondant, il est vrai, mais très lâche.

C'est vers la fosse iliaque qu'il a incontestablement le plus de tendance à s'étendre, car le tissu cellulaire sous-péritonéal de celle-ci, ainsi que nous l'avons dit, se continue sans aucune ligne de démarcation avec celui du

ligament large. L'abcès peut, pour cela, suivre deux voies : passer le long des vaisseaux utéro-ovariens, ou suivre le ligament suspenseur de l'ovaire. Il aborde alors la fosse iliaque par sa face postérieure (1). Arrivé en ce point, sollicité par les lois de la pesanteur, le pus descend vers l'arcade de Fallope, soulève le péritoine à ce niveau et vient se mettre directement en rapport avec la paroi abdominale. C'est généralement, vers la partie externe de cette paroi, non loin de l'épine iliaque antérieure et supérieure que le pus vient se faire jour au dehors.

Enfin, une dernière cause des fistules purulentes de la fosse iliaque droite interne, ce sont les kystes de l'ovaire. Ces kystes peuvent s'enflammer, surtout les kystes fœtaux ou dermoïdes, devenir purulents, contracter des adhérences avec la paroi abdominale iliaque et finir par créer une ouverture dans les téguments pour donner issue à leur contenu, (Obs.XII).

Voilà donc quelles sont les causes de la fistule purulente de la fosse iliaque droite : un abcès dont le pus vient se collecter dans la fosse iliaque, au dessus du ligament de Fallope. Or, en ce point, la cavité abdominale est hermétiquement close par la rencontre et l'union du fascia transversalis et du fascia iliaca ; mais, la couche celluleuse sous-péritonéale de la fosse iliaque se continue directement avec la couche celluleuse de la paroi antéro-latérale de l'abdomen : il n'y aura donc rien d'étonnant à ce que le pus se porte vers cette paroi. De plus, le

(1) P. DELBET. — *Traité des suppurations pelviennes.*

péritoine, très lâchement uni aux couches sous-jacentes, est refoulé par la collection purulente, de sorte que cette dernière est en contact direct avec la paroi abdominale iliaque. Celle-ci, au contact du pus, devient alors le siège d'un processus inflammatoire; elle s'œdématie, puis rougit, s'amincit pendant que la fluctuation devient de plus en plus superficielle, et finit par se perforer, laissant le pus s'écouler au dehors.

Dans certains cas cette ouverture ne se fait pas spontanément; elle est le résultat d'une intervention chirurgicale.

Qu'elle soit spontanée ou artificielle, cette ouverture n'est encore qu'une plaie qui suppure. Pour arriver à l'état de fistule, il faut qu'une des circonstances, que nous avons exposées précédemment, vienne empêcher, ou tout au moins retarder sa cicatrisation. La cause de ce retard sera, le plus souvent, la persistance du foyer suppurant: appendice malade, ou foyer osseux, ou bien encore, corps étranger continuant à irriter les tissus.

La plaie passera alors par une série de transformations qui la transformeront en fistule définitive. Tout d'abord, qu'elle soit le résultat d'une plaie ou d'un abcès, cette ouverture, ne pouvant pas se cicatriser par première intention, subit les transformations des plaies suppurantes, l'abcès se déterge; dans les deux cas les surfaces se couvrent de bourgeons charnus et deviennent le siège d'un véritable travail de cicatrisation. Ces bourgeons se développent, se rapprochent et deviennent le point de départ d'un commencement d'organisation qui resserre la cavité de l'abcès ou de la plaie; mais ce travail ne

pouvant arriver jusqu'à produire l'adhérence des parois, le tissu inodulaire ne peut se développer régulièrement, et, au lieu d'une cicatrice, on voit se former une membrane qui recouvre les bourgeons charnus et secrète un liquide séreux ou purulent. Cette membrane n'est pas autre chose, qu'un tissu de cicatrice arrêté dans son évolution.

Une fois qu'elle aura subi ces diverses transformations, la plaie sera alors à l'état définitif de fistule purulente et elle présentera des symptômes qui lui seront propres.

CHAPITRE IV

Symptômes.

Les fistules purulentes de la fosse iliaque droite peuvent se présenter, ainsi que les abcès dont elles ne sont qu'une complication, sous deux types différents : le type chaud et le type froid. Nous étudierons successivement les symptômes de ces deux genres de fistules :

Les fistules purulentes chaudes succèdent à l'ouverture spontanée d'un abcès chaud, soit d'origine iliaque, fistule appendiculaire par exemple. (Obs. XVII), soit d'origine pelvienne, telle que la fistule consécutive à un phlegmon du ligament large ; ou bien, elles sont accidentelles et secondaires, et sont causées, soit par une intervention antérieure, (Obs. III-V-VII), soit par un corps étranger qui, après avoir perforé la paroi antérieure de la fosse iliaque, est resté dans cette fosse iliaque et est devenu le point de départ d'une suppuration qui empêche les bords de la plaie de se cicatriser.

Ces fistules, quelle qu'en soit l'origine, n'ont pas de

siège déterminé ; on peut les retrouver dans toute l'étendue de la paroi antérieure de la fosse iliaque droite. Leur situation dépend de la voie que le pus, bridé par les adhérences qui ont pu se former, a suivie pour atteindre cette paroi. Cependant, dans les phlegmons du ligament large, elles ont tendance à venir s'ouvrir au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Lorsqu'elles succèdent à une opération, telle que l'ouverture d'un abcès chaud d'origine appendiculaire, on les trouve alors sur le trajet de la cicatrice d'incision.

Au dehors, ces fistules, s'ouvrent par un orifice qui livre passage à du pus. Cet orifice présente une couleur rouge plus ou moins vive. Il est presque constamment plus étroit que le reste du trajet ; il peut même être assez petit pour passer facilement inaperçu, surtout s'il n'est pas révélé par l'écoulement du pus au dehors. Cette ouverture, qui donne à peine passage à un stylet fin, répond souvent à une cavité large et anfractueuse ; il en résulte un obstacle considérable à la sortie du liquide qui traverse la fistule et une cause d'accidents nombreux. D'autrefois, au contraire, l'orifice externe peut être large. En général unique, lorsque la fistule est due à un traumatisme accidentel ou chirurgical, cet orifice peut être entouré d'orifices secondaires, quand celle-ci est produite par des abcès qui se sont ouverts spontanément : l'on a alors ce que l'on appelle la fistule en arrosoir. Quoiqu'il en soit, les bords de cet orifice sont toujours irréguliers, non décollés et généralement entourés de bourgeons charnus, couverts de pus de bonne nature, mous, élastiques, exubérants, saignant

facilement et prêts à se cicatriser aussitôt après la suppression de la cause qui entretient la suppuration.

A l'orifice externe fait suite un trajet fistuleux que nous permet d'explorer le cathétérisme à l'aide d'un stylet. Sa direction est très variable : tantôt il se dirige directement vers la profondeur, ou chemine soit en haut, soit en bas et en dedans, ou en dehors, dans l'épaisseur de la paroi abdominale pour plonger ensuite dans la profondeur ; tantôt, il s'arrête dans la paroi même. Elle est liée à la cause qui a produit la fistule. S'il s'agit d'un abcès chaud appendiculaire ouvert spontanément, le trajet fistuleux est plus ou moins long et sinueux entre la poche péritonéale et la peau, il présente ou non des ramifications secondaires, et s'insinue sous le plan musculaire de la paroi abdominale, où il forme des diverticules et des clapiers. Le trajet fistuleux est-il consécutif à une plaie par arme à feu ou à une plaie simple suivies de gangrène et de perte de substance, l'on a alors un canal de direction et de calibre irréguliers, avec des ramifications secondaires et des culs-de-sac, passant à travers des parties qui sont transformées sur une certaine étendue en tissu cicatriciel résistant qui rend difficile le rapprochement des parois. Les parois de ces trajets fistuleux sont recouverts de bourgeons charnus qui, ainsi que ceux entourant l'orifice externe, sont mous, élastiques, recouverts de pus de bonne nature et ne demandant qu'à cicatriser.

Enfin, ce qui caractérise surtout les fistules purulentes chaudes de la fosse iliaque droite, c'est la nature de l'écoulement du pus. La quantité versée à l'extérieur est

très variable et son écoulement peut ne pas être continu : la fistule peut, en effet, par suite de l'oblitération de son trajet par une cause ou par une autre, se fermer de temps à autres, faisant croire ainsi à une guérison spontanée ; mais, bientôt elle s'ouvre à nouveau, laissant écouler une nouvelle quantité de pus (Obs. II). Ce pus, facilement reconnaissable à son aspect, se présente, le plus souvent, sous forme d'un liquide blanc jaunâtre, de la consistance d'une crème épaisse, doux et onctueux au toucher, et d'une odeur particulière. Mais il ne se présente pas toujours avec ces caractères : tantôt, c'est une sérosité louche ; tantôt, c'est un liquide brunâtre, d'odeur fécaloïde, bien que le foyer de suppuration n'ait aucune communication avec l'intestin ; tantôt enfin, c'est un liquide jaune verdâtre, qui présente, dans quelques cas, une fétidité extrême, ainsi que cela existe pour le pus venant d'un abcès du ligament large.

Si l'on examine ce pus au microscope, on trouve de nombreux globules blancs dégénérés et des microbes pyogènes de différentes espèces : streptocoques, staphylocoques et quelquefois le coli-bacille, s'il y a une origine intestinale primitive.

Tels sont les grands symptômes de la fistule purulente chaude.

Examinons maintenant comment se manifestent les fistules purulentes froides de la fosse iliaque droite.

Ces dernières n'ont pas non plus de siège bien précis ; on peut aussi les trouver sur tous les points de la paroi abdominale iliaque. Cependant, elles ont une tendance plus marquée que les précédentes à venir s'ouvrir au

niveau de l'arcade crurale, un peu au-dessus, ou au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure.

Elles présentent aussi un orifice externe, généralement unique, dont les bords sont réguliers, décollés, et entourés de peau livide ou violacée, et détachée par ulcération du tissu cellulaire sous jacent. Cet orifice peut se trouver au fond d'une ulcération scrofuleuse ; mais il passera plus difficilement inaperçu que celui des fistules chaudes car la zone de tissu violacé, qui l'entoure, est étendue et tend toujours à s'accroître. Cet orifice se recouvre d'un tissu cicatriciel lisse, presque sans bourgeons.

Il se continue par un canal plus ou moins étroit et long. Un stylet, introduit par l'ouverture, montre que la direction de cette fistule est variable : elle peut se diriger : en arrière, vers l'articulation sacro-iliaque et la colonne lombaire ; en dehors, vers l'os iliaque et en bas vers l'articulation de la hanche.

Ce trajet fistuleux est constitué par un canal étroit, à parois molles, traversant des tissus sains, dans le cas de fistule servant à évacuer la petite quantité de pus produit par un fragment d'os nécrosé ou carié. Ses parois, au contraire, sont dures, épaisses ou calleuses, dans les fistules qui s'établissent au cours d'une affection articulaire chronique ou d'une nécrose considérable, qui datent de loin et sont placées dans des tissus enflammés depuis longtemps et à plusieurs reprises. Enfin, lorsque la fistule suit une affection scrofuleuse des ganglions lymphatiques, les tissus de ses parois sont mous, spongieux et il s'y produit souvent des ulcérations et des décollements. Dans tous ces cas, le trajet est généralement très

sinueux ; aussi, l'exploration avec le stylet présente-t-elle quelquefois de grandes difficultés pour arriver jusque sur la partie malade, par exemple un os dénudé.

Enfin, ces fistules froides donnent lieu à un écoulement continu de pus. Ce pus est liquide et tient en suspension des grumeaux caséeux ; quelquefois aussi, un examen attentif peut nous révéler la présence de petites parcelles d'os nécrosé, mêlées à la matière caséuse.

Au microscope, on pourra quelquefois décéler la présence du bacille tuberculeux, sinon dans le pus lui-même, du moins en examinant des fragments de bourgeons charnus des parois de la fistule.

Nous terminerons cette étude des symptômes des fistules purulentes de la fosse iliaque droite en disant qu'il ne faut pas non plus négliger l'examen de l'état général et des antécédents du malade atteint de fistule. Cet examen pourra être, en effet, ainsi que nous le verrons plus tard, un élément précieux au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

CHAPITRE V

Diagnostic.

Le diagnostic de la fistule ne présente pas ordinairement de difficulté ; il est, en effet, généralement facile de constater, dans la région de la fosse iliaque droite, l'existence d'un orifice, plus ou moins étroit, qui donne issue à une quantité de liquide plus considérable qu'on ne pourrait l'admettre d'après l'étendue apparente de la lésion.

En outre, des pressions méthodiques, pratiquées dans la fosse iliaque droite, au niveau de l'orifice de la fistule ou dans les parties qui l'entourent, augmentent presque constamment l'écoulement du liquide.

Mais, cette fistule est-elle purulente ?

Un examen attentif des symptômes de la fistule purulente et du liquide auquel elle donne issue suffit en général pour en établir le diagnostic ; on ne constate jamais en effet, comme dans la fistule pyo-stercorale, d'évacuation de pus par les selles, ni de matières fécales mélangées au pus qui s'écoule par l'orifice cutané.

Cependant, il existe des cas qui commandent le doute

ou tout au moins une observation attentive et prolongée. Nous avons en vue la confusion qui consisterait à prendre, pour une fistule pyo-stercorale, une fistule purulente, consécutive à un abcès fétide. Si cette dernière existe réellement, l'odeur fétide et l'écoulement gazeux, qui peuvent exister, ne persisteront pas comme dans la fistule pyo-stercorale ; ils seront passagers ; de plus, on ne verra à aucun moment apparaître du pus dans les selles et des matières fécales dans la plaie.

Une fois le diagnostic de fistule purulente établi avec certitude, il est important, au point de vue du pronostic et du traitement qu'il y aura lieu d'instituer, de rechercher quelle est l'origine de cette fistule. Pour cela, on se basera sur les renseignements que fourniront l'examen direct, l'examen à distance, et les commémoratifs.

Examen direct. — L'examen direct comprendra trois moyens d'investigation : l'inspection, le cathétérisme et l'examen du pus.

L'inspection nous permettra de différencier une fistule chaude d'une fistule froide, par l'aspect de son orifice cutané. Dans le premier cas, celui-ci est irrégulier, d'une teinte rose plus ou moins vive, et recouvert de bourgeons charnus saignant facilement ; dans le second cas, au contraire, l'orifice est régulier, lisse, violacé, entouré quelquefois de masses fongueuses et situé au fond d'une dépression.

Le cathétérisme nous indiquera la longueur, la direction de la fistule, son trajet direct ou sinueux, la présence de clapiers, de trajets secondaires, et enfin celle de corps étrangers situés dans les tissus ou bien des surfaces

osseuses dénudées. C'est ainsi que nous pourrions découvrir que certaines fistules sont entretenues par la suppuration seule de leurs parois, car elles ne présentent de communication avec aucune cavité purulente.

Dans tous les cas, cet examen devra être fait avec la plus grande asepsie, afin de ne pas transporter de germes pathogènes à l'intérieur de la plaie, et avec une extrême prudence pour éviter de produire des lésions telles que la perforation de l'intestin ou la déchirure d'un vaisseau.

On pratiquera le cathétérisme à l'aide d'un stylet que l'on introduira doucement dans l'orifice cutané de la fistule, en lui donnant différentes directions, pour chercher dans quel sens il peut pénétrer. Cette introduction est souvent délicate à cause des sinuosités du trajet et des anfractuosités qui arrêtent la pointe du stylet. Cependant, avec de la patience, on parvient en général jusqu'au foyer de suppuration, cause de la fistule. Si toutefois le stylet métallique ne parvient pas à tourner les obstacles, on y arrive souvent au moyen de bougies flexibles ; mais, elles ont l'inconvénient de donner moins de notions sur les causes et les complications de la maladie.

Le cathétérisme pourra dans certains cas provoquer un écoulement de pus plus considérable et on pourra ramener, au bout du stylet, des fragments de tissu mortifié, ou des débris de bourgeons charnus ; ce sont tous ces éléments qu'il faudra examiner au microscope.

Le pus des abcès chauds est en général un liquide crémeux, homogène, jaune blanc ou verdâtre, parfois

strié de sang, d'autres fois simplement séro-purulent, et quelquefois enfin ayant une odeur fétide. Examiné au microscope, il présente de nombreux globules blancs dégénérés et des microbes pyogènes : streptocoques, staphylocoques et quelquefois le coli-bacille, si l'abcès a une origine intestinale.

Le pus des abcès froids est, au contraire, fluide, louche et tient en suspension des grumeaux de matière caséuse, au milieu desquels on peut trouver parfois de petites parcelles osseuses. Au microscope, on pourra quelquefois décèler la présence du bacille de Koch, sinon dans le pus lui-même, du moins dans les fragments de bourgeons ou dans les débris de tissus mortifiés que le cathétérisme aura ramenés. Mais, le meilleur moyen pour reconnaître ce bacille dans l'écoulement purulent, consistera à faire une inoculation à un cobaye ; celui-ci mourra quelques jours après et l'on pourra alors retrouver les lésions de la tuberculose.

Examen à distance. — Si l'on a reconnu qu'il s'agit d'une suppuration froide, c'est du côté des os et des articulations que l'on devra porter cet examen.

Tout d'abord, il faudra songer à l'ostéite de l'os iliaque l'on reconnaîtra à sa douleur localisée en un point de la crête iliaque et au gonflement de l'os.

Il faudra penser ensuite à la sacro-coxalgie et diriger l'examen dans ce sens. L'on recherchera alors les symptômes de cette affection : douleur dans la station verticale ou assise, exagérée par la marche et la flexion du tronc, réveillée par la pression au niveau de l'épine iliaque postéro-supérieure, et même un peu au-dessous,

et surtout par la pression à pleine main sur les os iliaques; claudication, et empâtement de l'articulation.

Enfin, il ne faudra pas oublier que la coxalgie peut produire des fistules iliaques. On la reconnaîtra alors à ses signes cliniques : douleur réveillée par la pression sur le grand trochanter, déformation de la hanche et attitudes vicieuses du membre inférieur.

Si l'examen de ces diverses parties du squelette ne nous a rien révélé, il faudra alors rechercher plus haut, du côté de la colonne vertébrale, et voir s'il n'existe pas de mal de Pott lombaire ou même dorsal. On le reconnaîtra facilement à la déformation de la région qui en est atteinte et à l'empâtement que l'on peut sentir le long du rachis.

S'agit-il, au contraire, d'une suppuration chaude, nous pourrons nous trouver en présence d'un phlegmon du ligament large. La palpation nous révélera alors, au-dessus de l'arcade crurale droite, une résistance de la paroi et un empâtement douloureux étendu transversalement de l'utérus à la région pelvienne et accessible par le toucher vaginal en déprimant le cul de sac latéral droit qui n'est pas déformé. La pression exercée pendant cet examen fera sourdre du pus par l'orifice de la fistule.

Enfin, c'est en procédant par élimination et surtout en nous aidant des commémoratifs que nous pourrons arriver au diagnostic d'un abcès péri-appendiculaire ou d'origine ganglionnaire.

Commémoratifs. — Deux cas peuvent se présenter : l'abcès s'est ouvert spontanément, ou bien la fistule succède à une intervention.

1^o L'abcès s'est ouvert spontanément. Le malade nous racontera qu'il s'est aperçu, un jour, qu'il avait une grosseur dans la fosse iliaque droite, que cette grosseur a augmenté de volume, que la peau de sa paroi abdominale est devenue rouge en un point déterminé, qu'elle s'est amincie, et qu'enfin du pus s'est fait jour au dehors. C'est là ce qui s'observe d'une façon générale dans les affections extra-péritonéales.

Le malade nous dira encore que cette grosseur a évolué lentement, sans occasionner chez lui de symptômes généraux bien marqués; ce sont là des signes auxquels nous reconnaitrons les suppurations froides, remarquables par leur lenteur; ou bien, il nous dira, au contraire, qu'il a été pris brusquement de frissons, de fièvre, de malaise général, en même temps qu'il s'est formé une grosseur, et que le pus s'est répandu au dehors quelques jours plus tard seulement. Ce début brusque, la rapidité de la marche nous feront diagnostiquer une suppuration chaude.

2^o Il y a eu intervention. Le malade pourra de même raconter que dans sa fosse iliaque droite il y avait une tumeur qui existait depuis longtemps et dont il ne s'est pas aperçu au début; qu'elle a grossi peu à peu et qu'un jour on lui a fait une ponction que l'on a fait suivre d'une injection de substances modificatrices. Le volume de sa tumeur a diminué alors, mais, depuis cette intervention, le pus a toujours continué de s'écouler au dehors par la plaie de la ponction. C'est là ce qui se passe souvent dans les abcès par congestion que l'on ponctionne.

Le malade pourra nous dire, au contraire, que le début

de son affection a été brusque, marqué par de la fièvre, des frissons et un malaise général. qu'alors on lui a pratiqué dans la fosse iliaque droite une incision qui a donné issue à du pus, et que, depuis, il est resté un orifice par lequel le pus s'écoule au dehors d'une manière continue ou intermittente (Obs. II.). C'est là les cas qui sont les plus fréquents et où l'on peut se demander s'il s'agit d'un phlegmon du ligament large, et l'on a alors, comme antécédents, les accidents d'un accouchement normal ou prématuré, l'infection puerpérale; ou d'une adénite iliaque suppurée ayant comme antécédents une plaie ou une lymphangite du membre inférieur.

Enfin, les antécédents sont peu nets; le malade se plaint d'avoir eu antérieurement de la fièvre et de vagues douleurs dans la fosse iliaque droite. C'est dans ces cas, qu'il faut toujours penser à une appendicite pour le traitement de laquelle on s'est simplement borné à ouvrir l'abcès.

CHAPITRE VI

Pronostic. Marche. Complications.

Le pronostic des fistules purulentes de la fosse iliaque droite est lié à une foule de phénomènes divers ; l'étendue, le nombre des trajets, leur ancienneté, les causes qui leur ont donné naissance, l'importance des organes atteints, le tempérament et la constitution du sujet, sont autant de facteurs qui doivent entrer en ligne de compte.

Toutes ces fistules ont un caractère essentiellement chronique, et il est rare, si l'on n'intervient pas pour supprimer la cause qui les a produites et les entretient, de les voir guérir spontanément. Cependant, elles peuvent se fermer par les seules forces de la nature, mais à condition que la cavité purulente se réduise peu à peu jusqu'à effacement, par coalescence de ses parois. Ce travail réparateur spontané exige, au début, la transformation de la membrane pyogénique en membrane granuleuse, et plus tard, la mise en action, non inter-

rompue, de certaines propriétés de cette dernière, savoir : la rétractilité progressive et l'adhésivité des surfaces arrivées au contact.

En somme, quand la guérison spontanée survient dans les fistules purulentes, la cavité purulente se recouvre, sur sa face interne, de granulations, de bourgeons charnus qui se rapprochent, adhèrent les uns aux autres, et finissent peu à peu par combler le foyer de l'abcès, leur rétractibilité en terminant l'occlusion. Ce travail s'accompagne de la diminution progressive de la suppuration ; en même temps, la rétraction qui s'exerce sur toute la surface de la cavité se propage à l'orifice cutané ; il se rétrécit peu à peu, et finit, la suppuration étant progressivement amoindrie, par s'oblitérer complètement. C'est par ce travail physiologique, dont le foyer de l'abcès est le point de départ, que la fistule quelquefois se ferme.

Mais, il est loin d'en être toujours ainsi ; la fistule quelquefois se ferme pour bientôt se rouvrir, et la guérison n'est qu'apparente (Obs. II, XVII) ; aussi le pronostic doit-il toujours être réservé. Relativement bénin, quand il s'agit de fistule due à un abcès chaud d'origine appendiculaire ou pelvienne, il revêt un caractère de gravité exceptionnel pour la fistule purulente reconnaissant pour cause un abcès froid. Celle-ci est, en effet, intarissable. Le sujet, épuisé par une suppuration continue généralement liée à un mauvais état général, s'amaigrit alors et tombe dans une anémie profonde ; sa peau prend une teinte terreuse ; puis, arrivent les accès fébriles, le

soir surtout, les sueurs profuses, et enfin la mort survient, dans un état de profonde cachexie.

Le pronostic peut encore se trouver assombri par les complications qui peuvent survenir. Il n'est pas rare, en effet, de voir les fistules purulentes de la fosse iliaque droite devenir le point de départ d'accidents répétés.

Les plus fréquents sont les abcès secondaires qui se forment au voisinage de la fistule. Ils peuvent être dûs à des causes diverses : à l'irritation par le pus qui traverse la fistule, à la persistance de la maladie qui a causé le premier abcès, à la difficulté que le pus éprouve à s'écouler au dehors, par suite de l'étroitesse de l'orifice extérieur, ou à son arrêt par un corps étranger qui s'engage dans le trajet de la fistule et en obture la lumière. Le pus ainsi retenu peut s'infiltrer dans les tissus voisins ou y déterminer le développement d'un phlegmon suivi d'un abcès qui finit ordinairement par s'ouvrir à la fois dans le trajet fistuleux et au voisinage de la fistule, formant ainsi un trajet secondaire. Lors même que ces abcès ne s'ouvrent que dans la fistule, ils ont toujours le grand inconvénient d'établir des clapiers qui la compliquent et la rendent plus rebelle aux traitements.

Le pus ainsi retenu peut encore se diriger vers l'intestin, finir par l'ulcérer par son contact prolongé et transformer ainsi une fistule purulente simple en fistule pyostercorale.

Il est encore assez fréquent d'observer autour de l'orifice cutané de la fistule, des rougeurs érythémateuses, des ulcérations, voire même de véritables poussées d'érysipèle. C'est à l'écoulement continu du pus, à son infec-

tion secondaire au contact de l'air, et à son séjour prolongé sur les bords de la fistule qu'il faut en attribuer la cause.

Enfin, ces fistules peuvent, si leur orifice est assez large, livrer passage à l'intestin qui vient alors faire hernie au dehors ; elles peuvent aussi, quand elles siègent sur la cicatrice d'une intervention antérieure, devenir le point de départ d'une éventration, par suite de la moindre résistance de la paroi abdominale à ce niveau.

CHAPITRE VII

Traitement

Le traitement des fistules purulentes de la fosse iliaque droite est essentiellement variable avec la cause et avec l'infection qui a déterminé la maladie. Mais, dans tous les cas, les règles de l'asepsie la plus stricte devront être observées avec le plus grand soin ; elles suffiront dans beaucoup de cas à amener la guérison.

La première chose à faire, avant d'instituer aucun traitement, sera de rechercher l'origine du pus émis par la fistule et de déterminer, d'une façon aussi précise que possible, la cause de la persistance du trajet. Ceci fait, on appliquera à chaque cas le traitement que lui convient.

Dans les fistules purulentes dont la cause est inconnue, et qui sont dues au coli bacille, on rapprochera, par compression, les parois de la fistule. On peut aussi essayer les injections de teinture d'iode dans la plaie, l'introduction de crayons d'iodoforme, quelques cautérisations au chlorure de zinc ou au nitrate d'argent. Si la

persistance du trajet fistuleux tient à l'infection de ses parois, la guérison suivra ordinairement ces différentes médications. Si, au contraire, ces essais restent infructueux, et si l'examen bactériologique n'a pas révélé de tuberculose, on dilatera le trajet soit avec l'éponge préparée, soit avec des tiges de laminaire. Il faut éviter ces essais dans les cas de tuberculose, car ils ne donnent aucun résultat et, de plus, ils sont très douloureux. Lorsque la dilatation sera suffisante, si la fistule est entretenue par un corps étranger, comme un calcul stercoral (cas de Buscarlet, Obs. VIII), celui-ci pourra sortir soit spontanément, soit dans les liquides de lavages et la guérison s'effectuera.

Si l'on n'arrive à aucun résultat, on pourra tenter la fermeture de l'orifice cutané par l'évidement et la suture, ou bien faire précéder la suture d'un évidement en cuvette comprenant l'orifice externe et une partie du trajet, de façon à pouvoir affronter des surfaces et non des bords. On pourra également tenter l'oblitération en recourant à l'autoplastie au moyen d'un ou deux lambeaux superposés.

Si, après ces différentes tentatives la fistule ne tarit pas, il faut alors aller à la recherche de la cause qui entretient la suppuration;

S'il s'agit d'un corps étranger enclavé dans le tissu cellulaire, on incisera le trajet de la fistule en se guidant sur une sonde cannelée et l'on débridera suffisamment le foyer pour aller à la recherche de ce corps et l'extraire.

Dans les abcès par congestion, si l'on a reconnu que leur origine est un mal de Pott lombaire, ou même dorsal,

on se bornera à faire des injections d'éther ou de glycérine iodoformée par le trajet fistuleux, pour modifier la membrane qui tapisse la cavité purulente. On pourra aussi essayer de ponctionner à distance, avec un trocart fin, les nouvelles poches qui auraient pu se former et l'on fera suivre la ponction, d'une injection modificatrice. Dans tous les cas, il ne faudra pas négliger d'instituer un traitement général en rapport avec l'état du malade.

S'il s'agit de sacro-coxalgie ou de coxalgie, il faudra recourir au même traitement.

Dans les fistules purulentes consécutives à des abcès chauds, la conduite à tenir sera différente, suivant l'origine de ces abcès.

Dans le cas de phlegmon du ligament large, on devra faire une incision large de la cavité purulente, soit par la paroi abdominale, soit, et de préférence, par le vagin, soit par les deux côtés en même temps, et drainer pour assurer le libre écoulement du pus.

Si l'on a reconnu que la fistule a pour origine un kyste de l'ovaire, il faudra avoir recours à la laparotomie médiane et pratiquer l'ablation de ce kyste.

Enfin, et c'est le cas le plus fréquent, nous nous trouverons en présence d'un abcès chaud d'origine appendiculaire, qui entretiendra la persistance de la fistule. Il faudra alors réséquer le trajet fistuleux, en se guidant sur une sonde cannelée. On arrive alors, après résection, dans une cavité où l'on trouve un appendice enflammé, adhérent au péritoine (Obs. II), ou un appendice qui a gardé toutes ses connexions et qui présente en un de ses points une perforation. Dans ce cas, le seul traitement

convenable et capable d'amener la guérison de la fistule, sera l'appendicectomie.

Voici quel est le procédé opératoire. Une fois l'appendice reconnu et isolé, il faut bien le dégager jusqu'à son insertion sur le cœcum, pour le lier tout près de là, à un demi-centimètre environ. S'il s'effrite, il faut rechercher le petit moignon attaché au cœcum. On pose alors une ligature sur l'appendice, à sa base, et sur son mésentère ; on le sectionne ensuite au thermo-cautère, et, sur le moignon qui reste, il faut avoir soin de détruire soigneusement la muqueuse en plongeant à son centre la pointe rougie. Pour terminer, on invagine, si cela est possible, la tranche appendiculaire et on l'encapuchonne sous une frange épiploïque ou dans un repli de la paroi cœcale. Enfin, on réunit la paroi abdominale en ayant soin de laisser un drainage suffisant.

Lorsque l'appendicite est tuberculeuse, l'on trouve souvent aussi sur le cœcum des points malades qu'il faut réséquer ; de plus, il faut faire suivre au malade le traitement général de la tuberculose.

Enfin, toutes les fois que l'on se trouvera en présence d'une tumeur phlegmoneuse de fosse iliaque droite, il faudra lutter par tous les moyens possibles, pour empêcher la formation de la fistule ; ce sera là un traitement prophylactique. En présence d'un abcès froid, on se contentera de le ponctionner aseptiquement à distance, avec un trocart fin, afin d'éviter son ouverture spontanée, et l'on fera suivre la ponction d'injections modificatrices. Si, au contraire, c'est un abcès chaud qui menace de s'ouvrir à l'extérieur, il faudra l'évacuer par de larges

incisions, et dans le cas où cet abcès serait d'origine appendiculaire, il faut pratiquer l'appendicectomie, quelles que soient les difficultés que cela puisse présenter.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Psôittis suppuré avec fistule persistante.

Des..., Valentine, âgée de 15 ans.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Depuis l'âge de 9 ans, troubles digestifs très fréquents, caractérisés par des vomissements, nocturnes surtout, et de la constipation. Ces vomissements succèdent quelquefois à des douleurs abdominales sans localisation particulière.

En 1900, douleurs dans le membre inférieur droit; la cuisse est un peu enflée. La malade ne peut pas marcher. Elle est alors soignée pour rhumatisme. Cet état dure huit jours et tout rentre dans l'ordre; mais les troubles digestifs persistent toujours.

Pourtant, depuis le mois de juillet 1902, le malade ne vomit plus.

Le 30 novembre 1902, douleur sourde, d'abord dans la cuisse droite. Cette douleur augmente progressivement et devient vive, lancinante. La marche est impossible. Fièvre 39°, constatée par un médecin qui ordonne des pommades calmantes et une alimentation légère.

Pas de douleurs abdominales; pas de vomissements.

La malade garde le lit. Fièvre plus ou moins prononcée ; amaigrissement très marqué.

Elle est soignée pour rhumatisme musculaire ; massage. etc., mais les douleurs et la fièvre persistent.

Elle se décide à entrer à l'hôpital des Enfants-Assistés le 30 décembre 1902.

On constate alors que la malade a un facies émacié, pâle, et la langue suburrale.

Décubitus dorsal : membre inférieur droit légèrement fléchi et en adduction. Les mouvements ne sont pourtant pas très douloureux : la malade est venue ici en marchant.

A la palpation : douleur vive dans la fosse iliaque droite ; empatement profond. La fluctuation profonde dans la région du psoas n'est pas très nette. Pas de saillie dans le triangle de Scarpa. Douleurs à la pression lombaire ; pas de douleurs à la pression de l'os iliaque.

Fait particulier : le membre inférieur droit n'a jamais eu l'attitude caractéristique de la psoïte.

Diagnostic porté : psoïtis.

Opération le 31 décembre 1902. — Incision oblique au-dessus et en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et très près d'elle. On traverse facilement le muscle ; puis, on tombe sur un énorme foyer qui occupe la face profonde du muscle, contre l'os, se prolongeant en bas sous l'arcade et se bifurquant en haut où il se montre très haut dans la fosse iliaque. Le pus très abondant présente l'odeur caractéristique des infections intestinales. Drainage.

Etat actuel au mois de novembre 1903. — La malade présente au niveau de l'incision, une fistule persistante par laquelle du pus continue à s'écouler au dehors.

OBSERVATION II (Personnelle).

*Fistule de la fosse iliaque droite datant de trois ans d'origine
appendiculaire. Appendicectomie. Guérison.*

Véd.... Marguerite, âgée de 26 ans, entre dans le service du docteur Lejars, salle Délessert, pour une fistule purulente de la fosse iliaque droite, datant de trois ans.

La malade n'a pas d'antécédents héréditaires méritant d'être rappelés. Elle a été réglée à 17 ans, et toujours d'une façon régulière.

A 22 ans et demi, elle accouche au mois de septembre 1900, d'une petite fille qui vit encore et se porte bien ; l'accouchement a été facile. Jamais elle n'a eu de fausse-couche.

Dernières règles du 26 février au 2 mars 1903.

Jusqu'au mois de décembre 1900 elle a toujours été bien portante, quand à ce moment, c'est-à-dire un mois et demi environ après son accouchement, elle s'est sentie très fatiguée et s'est aperçue en même temps qu'elle avait une petite grosseur dans la fosse iliaque droite ; quelques jours après elle se plaint d'éprouver de légères douleurs, au niveau de la tumeur, mais elle n'a eu ni coliques ni vomissements. Un médecin appelé 15 jours après le début, porte le diagnostic d'abcès et fait une incision qui livre passage à un peu de pus. La plaie continue de suppurer un peu, puis se ferme complètement au bout de 2 mois (février 1901).

Le 20 avril 1901, la malade s'aperçoit que la tumeur s'est reformée dans la fosse iliaque droite, mais elle n'en souffre pas. Il se fait alors une ouverture spontanée qui laisse s'échapper une certaine quantité de pus. A ce moment, 48 heures après cette ouverture spontanée, la malade est prise de vomissements, puis tout rentre dans l'ordre et l'orifice se ferme au bout de 15 jours.

Depuis ce moment (mai 1901) la malade n'éprouve que de

petites douleurs lancinantes, passagères, se répétant à des intervalles assez éloignés, quand au mois d'octobre 1902, la collection se reforme à nouveau, augmente de volume, s'ouvre d'elle-même au bout de 15 jours et se referme environ 3 semaines après.

Depuis cette époque, la tumeur se reforme et s'ouvre continuellement, laissant échapper à chaque fois une petite quantité de pus.

Opération le 11 mars 1903, par M. le docteur Lejars. — Anesthésique : mélange de Billroth.

Incision de débridement qui mène en dehors et en bas, à travers la paroi, dans une petite cavité au bord de laquelle est adhérent l'appendice. Appendice gros et adhérent par une pointe que l'on décolle.

Ablation par encapuchonnement.

Drainage et réunion de la paroi ; guérison.

OBSERVATION III

De M. Rochard (*in th.* Cochot.)

Opération d'appendicite. Destruction et oblitération imparfaite de l'appendice. Fistule persistante. Résection de l'appendice. Guérison.

Il s'agissait d'une domestique, âgée de 20 ans, opérée par moi en 1896, d'urgence, d'une appendicite suppurée. Après l'évacuation d'une vaste cavité purulente, l'appendice fut recherché, trouvé, mais se rompit, et je ne pus l'enlever qu'imparfaitement : la malade guérit, mais garda une fistule qui fut attribuée à un fil. Elle sortit néanmoins de l'hôpital, mais y rentra le 23 avril 1897 pour se faire débarrasser de sa fistule.

A l'examen au stilet, je trouvai que ce dernier pénétrait facilement à une profondeur de 8 à 10 centimètres ; je fis l'inci-

sion au niveau de la cicatrice. j'ouvris le péritoine et découvris que c'était le moignon de l'appendice qui était venu se fixer à la paroi, et que c'était dans l'intérieur du conduit appendiculaire que le stylet pénétrait. Je dégageai donc ce qui restait de l'appendice et en réséquai une longueur de 5 centimètres après avoir placé une ligature à sa base sur le cœcum et avoir taillé une manchette qui, retroussée en dedans, fut fixée avec des points séro-séreux. La paroi fut réunie sans drainage et la malade guérit.

OBSERVATION IV

(In th. Kouindjy)

Appendicectomie secondaire. Fistule d'une durée d'un an consécutive à l'intervention à chaud.

B..., âgé de vingt et-un ans, fut pris de douleur intense dans la fosse iliaque droite, avec ballonnement du ventre, vomissements alimentaires, douleur forte au point de Mac-Burney. Fièvre violente allant jusqu'à 40°, sans tumeur iliaque. En 1896 subit la première intervention chirurgicale, faite d'urgence : l'état du malade était très alarmant. Après l'ouverture de la fosse iliaque, on trouve un foyer rétro-cæcal contenant une quantité de pus infect.

On aborde ce foyer prudemment, en garnissant le péritoine de compresses. L'état du malade ne permet pas de faire des recherches, et, pour ne pas infecter la séreuse abdominale, on renonce à réséquer l'appendice vermiforme. On fait un tamponnement et un drainage.

La plaie est restée fistuleuse. Malgré cela, la santé du malade s'améliore depuis l'intervention précédente. La fistule ne tarissant pas grâce à la présence, dans la fosse iliaque, de l'appendice pathologique, ou à la présence d'un corps étranger

quelconque, on se décide à débarasser le malade de cet inconvénient.

Le 1^{er} avril 1897, M. Richelot fait une nouvelle opération avec l'assistance de M. Reclus.

Appendicectomie. — On fait la nouvelle incision à la place de l'ancienne. On découvre le cœcum adhérent.

Les adhérences qui protègent le péritoine exigent une dissection attentive et délicate. Après un certain temps on arrive à découvrir l'appendice adhérent au cœcum, coudé et ulcéré à la partie moyenne. Après avoir libéré cet organe, on fait sa résection selon les règles de l'appendicectomie, en ayant soin de lier avec un fil de catgut les adhérences dans les points infectés par le foyer. Drainage.

OBSERVATION V (Résumée).

de M. Brun, chirurgien des hôpitaux.

Presse médicale 1896, p. 385.

Opération d'appendicite sans résection de l'appendice. Fistule.

Opération pour fistule. Calcul appendiculaire.

Levêque Victor, sept ans, entré le 1^{er} juillet 1896, salle Molland.

Le malade est entré une première fois, salle Molland, le 19 décembre dernier. Il avait été pris, huit jours auparavant, de douleurs abdominales localisées dans la fosse iliaque droite. Ces douleurs étaient très intenses et se manifestaient par des exacerbations coupées par d'assez longues rémissions.

La température est à 39°; il existe de l'empâtement et de la matité au niveau de la fosse iliaque droite.

Les parents racontent que l'enfant aurait déjà eu des douleurs abdominales, plusieurs mois avant le début des accidents actuels.

L'enfant fut, le jour même, opéré par M. Ricard, chirurgien de garde, qui fit une incision dans la fosse iliaque droite, et vida une volumineuse collection purulente, mais ne rechercha pas l'appendice.

L'enfant guérit et sortit le 2 février 1896, présentant encore une fistulette qui laissait suinter quelques gouttes de pus.

Cette fistule s'ouvrait à la partie supériedre de l'incision.

Cette fistule, insignifiante en apparence, ne se referma pas. A certains moments il y eut apparence de cicatrisation, mais bientôt un petit abcès se formait et la fistule se rouvrait.

L'enfant, du reste, ne souffrait en aucune façon et son état général était excellent.

L'exploration de la plaie avec un stylet, pratiquée quelques jours avant son entrée, permit de pénétrer en haut, en arrière et en dedans jusqu'à quatre centimètres environ de profondeur.

8 juillet. — Opération. — Une sonde cannelée est introduite dans le trajet. Je débride sur cette sonde, ce qui m'amène à inciser toute l'épaisseur de la paroi abdominale, muscles et aponeévroses.

On aperçoit, au fond de la plaie, un cordon blanchâtre, longitudinalement dirigé. La plaie est agrandie en haut et en bas, et j'arrive péniblement à isoler l'appendice extrêmement adhérent, pour ainsi dire inclus dans la paroi.

Arrivé sur l'extrémité cœcale, je place une ligature au catgut et j'enlève l'appendice qui était dirigé parallèlement à la paroi de bas en haut. Après curetage du bout central, on oblitère la lumière du moignon par quelques points de suture au catgut fin. Une mèche de gaze stérilisée est laissée dans la plaie dont quelques points de suture retrécissent l'étendue.

L'appendice enlevé est dur, rigide : il est coudé à angle droit à son extrémité terminale. Les deux tiers supérieurs sont rectilignes et terminés comme en massue.

Le bout terminal est représenté par une sorte de grain de raisin attaché au reste de l'appendice par du tissu fibreux.

A l'incision de l'appendice on voit que ses parois sont épaissies. La muqueuse se présente avec un aspect boursoufflé ; au niveau de la partie terminale de la première portion, elle est plus injectée et rougeâtre.

La petite tumeur terminale est complètement isolée du reste de l'appendice, elle est distendue par un liquide brunâtre d'odeur infecte, et contient un calcul stercoral en forme de galet et du volume d'un gros pois.

OBSERVATION VI

(In. th. Cochot).

Fistule abdominale persistante de la région de la fosse iliaque droite, consécutive à l'ouverture d'un abcès péri-appendiculaire sans résection de l'appendice. Plus tard, résection de l'appendice fistuleux. Guérison.

Petit. Elie, trente-neuf ans, imprimeur, entre le 31 septembre 1896, pour une appendicite, à l'hôpital Tenon, salle Seymour, dans le service de M. Bazy, alors suppléé par M. Demoulin.

Cet homme, sans antécédents héréditaires dignes d'être cités, n'a jamais été malade. D'ordinaire, il n'est pas constipé et il n'a jamais souffert de troubles intestinaux, quels qu'ils soient.

Le 24 septembre 1896, six jours par conséquent avant son entrée à l'hôpital, il est pris subitement de douleurs généralisées à tout l'abdomen, mais présentant une intensité plus grande dans la fosse iliaque droite.

Trois jours après le début des accidents, le malade prend un purgatif qui amène une selle peu abondante.

Les jours suivants, les douleurs deviennent plus intenses

dans la fosse iliaque droite, malgré l'application locale d'onguent napolitain, et c'est dans ces conditions que le malade se présenta à l'hôpital après avoir rendu quelques gaz depuis le début des accidents, et avoir eu une petite selle faite de matières dures, trois jours après le purgatif.

A son entrée dans le service, le malade est très souffrant, le facies vultueux, la température à 39°, le pouls à 102, plein, vibrant. La langue est saburrale.

Le ventre est un peu ballonné, mais encore dépressible ; il n'est pas douloureux, sauf dans la fosse iliaque droite où l'on trouve une tumeur en forme de boudin, longue de 8 à 10 centimètres, représentant le tableau clinique de l'ancienne typhlite.

Le 2 octobre, la situation ne s'améliorant pas, M. Demoulin décida l'intervention. Il fit une incision de Roux qui amena l'évacuation d'une collection bien limitée par des adhérences péri-cœcales, et contenant environ un verre de pus bien lié. Le cœcum est rouge, épaissi : l'appendice ne se présente pas et n'est pas recherché. On draine et on fait la suture de la plaie à trois étages.

Les suites de l'opération sont simples : la fièvre tombe le quatrième jour ; mais une suppuration abondante persiste et le malade ne quitte l'hôpital que le 23 novembre, sept semaines, par conséquent, après l'opération. A cette époque une fistule persiste, donnant lieu à un écoulement modéré, mais continu de pus.

Au mois de février 1897, le malade bien portant est revu ; la fistule persiste ; mais il y a de plus une éventration manifeste portant sur toute la longueur de la cicatrice. Malgré les injections antiseptiques irritantes, malgré l'introduction de crayons d'iodoforme dans la fistule qui paraît avoir une profondeur de quatre à cinq centimètres, le trajet ne se cicatrise pas ; et, quand au mois d'août 1897, M. Demoulin reprit le service de M. Bazy le malade rentra à l'hôpital pour sa fistule et son éventration.

M. Demoulin introduisit une tige de laminaire dans le trajet, fit des cautérisations avec une solution de chlorure de zinc à 1/10, voulant à tout prix tarir la fistule avant d'entreprendre la cure de l'éventration; il échoua complètement et décida alors de faire d'une pierre deux coups, malgré les dangers d'une infection de la suture de la paroi. L'opération fut faite sous le chloroforme le 21 septembre.

M. Demoulin introduisit dans la fistule une sonde cannelée qui pénétra à une profondeur de 8 à 10 centimètres environ. Elle fut laissée en place et M. Demoulin fit l'excision de la mauvaise cicatrice; lorsqu'il eut incisé toute l'épaisseur de la peau, il trouva dans la fosse iliaque un tissu cellulo-graisseux ou même fibro-graisseux, criant sous le scapel, et c'est par ce tissu qu'était entourée la sonde cannelée laissée en place comme nous l'avons dit.

Ce tissu fut enlevé largement tout autour de la sonde et M. Demoulin arriva bientôt dans une poche péritonéale bien circonscrite, mais qui contenait de l'épiploon épaissi fibreux: l'on voyait l'extrémité inférieure de la face postérieure du cœcum très adhérente à l'épiploon. En la détachant, le chirurgien trouva un appendice long de 6 centimètres à parois très épaisses. En examinant cet appendice, M. Demoulin nous fait remarquer à son sommet une perforation arrondie du diamètre d'une tête d'épingle, à bords nets. Il introduisit par cet ouverture dans l'appendice un stylet fin qui pénétra jusque dans le cœcum.

Il fit ensuite la résection de l'épiploon, puis celle de l'appendice, après une simple ligature, au fil de soie, de ce dernier. Une toilette soignée de toutes les parties cruentées de la fosse iliaque étant faite, M. Demoulin disséqua ensuite chacune des lèvres de la plaie abdominale afin de reconnaître ses différents plans.

Il fit à la soie deux plans de sutures: le premier celui du fascia transversalis et le deuxième celui des muscles et de

l'aponevrose du grand oblique. La peau fut suturée au crin de Florence.

On ne fit pas de drainage. Les suites opératoires furent très simples. Les fils furent enlevés au neuvième jour, sans qu'aucun d'eux-ait amené de suppuration.

Le malade sortait à la fin d'octobre, bien portant, sans fistule et sans éventration.

Revu au mois de janvier 1898, il avait une bonne cicatrice ; il revenait à ce moment pour un petit abcès qui s'était formé à la partie inférieure de l'incision et qui était dû à un fil de soie infecté qui s'élimina avec le pus ; quelques jours après tout avait disparu.

OBSERVATION VII

(In *Th.* de Mlle Gordon.)

Appendicite aiguë avec abcès peri-cæcal. Laparotomie iliaque.

Guérisson. Fistule par réouverture de l'abcès. Résection de l'appendice.

Caré E..., six ans, entré salle Denonvilliers le 26 avril 1896, sorti le 14 juin. Antécédents héréditaires : père bacillaire. L'enfant n'a pas fait de maladie, sauf une bronchite l'année dernière. Le 9 avril, chute sur une chaise et, peu après vers cette époque, douleurs abdominales au dire de la mère. Les douleurs, irradiées d'abord, se localisent finalement à la fosse iliaque droite et persistent jusqu'à l'entrée. A ce moment, température 39°2, pouls un peu rapide, mais plein et fort. L'abdomen est légèrement ballonné et douloureux à la pression partout avec prédominance à droite.

L'empâtement et matité bien limitée, immédiatement au-dessus de l'arcade crurale ; quelques petits vomissements. Incision comme pour la ligature de l'iliaque externe. Issue d'un flot

de pus très fétide. Drainage, examen du pus : coli-bacille et saprophytes. Le 14, plaie complètement cicatrisée. Exeat. Rentré de nouveau le 24 juin, l'abcès s'étant rouvert. Pansement humide ; mais il persiste une petite fistule. Le 22 juillet résection de l'appendice à froid. Celui-ci, adhérent à l'épiploon, est volumineux, rouge, amputé au sommet. Il est perméable et contient un calcul. Sutures en étages, pas de drain. Réunion par première intention. Exeat le 6 septembre avec belle cicatrice.

OBSERVATION VIII

De Buscarlet, de Genève (Congrès de Chirurgie de 1895,
p. 256.)

Péritonite à marche normale. Péritonite généralisée. Laparotomie. Guérison avec fistule non stercorale. Issue d'un corps étranger un an après.

Un enfant âgé de 12 ans, pâle et lymphatique, est pris, le 13 septembre de l'année 1894, de fortes douleurs intestinales avec tiraillement dans les cuisses, subitement et sans raison.

A la suite d'une selle, les douleurs se calment pour revenir quelques heures après.

Le deuxième jour, les mêmes douleurs, très vives dans tout le ventre, subsistent avec la constipation.

Le surlendemain, la fièvre s'élève à près de 40°, les douleurs sont très fortes ; mon confrère, le docteur Wattmann, appelé, prescrit une potion opiacée.

Le quatrième jour, je suis appelé par le docteur Wattmann pour voir l'enfant. Je constate une vive douleur dans la fosse iliaque droite qui est tendue, résistante ; mais je n'y sens aucune tuméfaction.

La langue est blanche, les traits un peu altérés, un peu de

diarrhée, le pouls petit et rapide. La température est de 39°2.

Le soir, la température monte à 40° ; le ventre est très sensible partout, mais principalement à droite ; il n'y a pas de vomissements, mais des nausées.

Le cinquième jour, la température aussi élevée, la douleur dans la fosse iliaque droite est toujours plus vive ; il y a de la raideur de la cuisse, de la constipation.

Le sixième jour, on sent une certaine tuméfaction de la fosse iliaque droite. La température est toujours à 40°. L'opération est pratiquée d'urgence avec l'aide du docteur Wattmann.

Anesthésie à l'éther. Je trouve le cœcum adhérent au péritoine pariétal, je le décolle aussi loin que possible. Le cœcum est flasque. Partout des anses intestinales adhérentes et nulle part de collection.

L'appendice est vainement cherché ; il faudrait trop de délabrements pour le trouver. Peu satisfait de ce résultat, je place un tamponnement à la gaze iodée qui va jusqu'en arrière du cœcum, et place un pansement sans faire de sutures.

La nuit est meilleure. et, fait remarquable, le lendemain la température s'est abaissée rapidement à la normale, sans qu'il y ait eu évacuation du foyer purulent ni par la plaie, ni par l'intestin.

Mais, après quelques jours d'état stationnaire, la température s'élève de nouveau insensiblement, pour revenir à 40° au bout de trois jours, avec un ventre ballonné, douloureux un peu partout et de la diarrhée. De plus des épistaxis surviennent et nous étions à nous demander si nous n'étions pas en présence d'un cas de fièvre typhoïde, lorsque le 28 septembre, quatorzième jour de la maladie, il s'écoule par la plaie une quantité de pus fécaloïde mélangé avec des gaz putrides. Deux drains sont placés dans la cavité.

La température s'abaisse de nouveau à 37° pour ne plus remonter ; le pus s'écoule en abondance ; et même, un jour, nous trouvons des matières fécaloïdes molles et noirâtres dans le pansement.

L'écoulement diminue, mais les douleurs de ventre continuent par crises ; elles se localisent même un moment dans la fosse iliaque gauche pour cesser complètement vers le 6 octobre. Depuis ce jour, on commence à alimenter l'enfant, et, sauf quelques crises de diarrhée, la convalescence se fait rapidement : l'enfant se lève le 24 octobre ; il se porte bien : mais il reste toujours une fistule qui livre passage à du pus, jamais à des matières fécaloïdes, ni à des gaz.

Pensant que cette fistule se fermerait d'elle-même, je me contentai d'abord d'injections de teinture d'iode, d'éther iodoformé, de glycérine iodoformée ; rien n'y fit ; la fistule persistait toujours.

Comme l'enfant se trouvait fort bien, engraissait, mangeait avec bon appétit, et avait repris ses leçons, je ne voulais entreprendre aucune intervention nouvelle pour le moment. Mais, au mois de juillet dernier, profitant des vacances, j'ai introduit des lamineurs dans le trajet fistuleux qui s'est dilaté en trois ou quatre jours, et a permis d'introduire de nouveau un gros drain pour pratiquer des injections.

C'est alors que, le 21 juillet, j'aperçus dans la plaie un corps noirâtre que je saisis avec une pince, puis un second un peu plus dur ; c'étaient les deux fragments que nous vous présentons : l'un est une demi-coquille d'un noyau de fruit sauvage (prunelle), l'autre est le contenu du noyau un peu altéré. L'enfant s'est rappelé avoir mangé de ces fruits dans les haies, quelques jours avant sa pérityphlite, laquelle a été déterminée par la perforation de l'appendice.

Ce qui est bizarre, c'est ce séjour d'un corps étranger dans les tissus péri-cœcaux pendant près d'un an, avec entretien d'une fistule purulente. Bien entendu, le 9 août, la fistule était complètement fermée, et, actuellement, l'enfant est en pleine santé : nous l'avons encore revu tout dernièrement.

OBSERVATION IX

(In *Th.*, de Grandboulan. Paris, 1896),

Appendicite tuberculeuse. Résection de l'appendice. Guérison temporaire. Fistule intarissable. Cessation des crises douloureuses et rétablissement de la santé générale.

Il s'agit d'une appendicite tuberculeuse. Après plusieurs poussées aiguës, je fis chez le malade une laparotomie, excisai et liai l'appendice turgescant, non ulcéré. Le cœcum, dans une certaine étendue, et la terminaison du petit intestin étaient indurés.

Après une guérison temporaire par première intention, il se produisit une fistule. L'opération date de vingt mois : ni des cautérisations répétées, ni des eurages fréquents, ni une nouvelle laparotomie pratiquée il y a treize mois, laparotomie suivie de l'excision des bords d'une perte de substance coecale, à la place de la base de l'appendice, ni une autoplastie ne m'ont permis de tarir cette fistule qui, dans maintes observations, est considérée comme un accident de très minime importance.

Il ne me restait plus qu'à conseiller la résection d'une certaine étendue du cœcum et de la terminaison de l'intestin grêle.

Je l'ai proposée ; le malade n'a pas voulu l'accepter. Au point de vue local, l'opération a donc été insuffisante, puisqu'elle n'a pu amener une guérison définitive. A d'autres points de vue, elle a présenté de réels avantages : elle a amené la cessation définitive des crises douloureuses, enfin elle a été suivie d'un rétablissement de la santé générale, tel qu'on ne pourrait se douter, à voir ce malade très amaigri au moment de l'opération et aujourd'hui de si belle apparence, qu'il reste une lésion tuberculeuse.

Quoiqu'il en soit, si de semblables faits se montraient fréquents (je l'ai observé une fois sur six cas), il y aurait lieu de se demander, en présence de lésions coeco-appendiculaires tuberculeuses, si la résection de l'appendice suffit et si l'excision de l'intestin ne serait pas préférable. Peut-être aussi, quand les accidents ne sont pas absolument pressants, pourrait-on se demander s'il n'est pas préférable de faire de l'expectation médicale.

OBSERVATION X

(Dupuytren. Leçons orales. Tome III).

Perforation de l'appendice cæcal, avec communication au dehors, par une plaie fistuleuse de la fosse iliaque droite.

M. Malus, inspecteur aux revues, âgé de 45 ans, d'une stature grêle, d'une santé robuste, était sujet à des affections catarrhales assez fréquentes et prolongées. En 1812, il fut pris de douleurs excessivement aiguës dans la région de la fosse iliaque droite, avec tumeur assez volumineuse, sensible à la moindre pression ; constipation opiniâtre, météorisme du ventre, et état fébrile.

Cette maladie, rapportée à une affection du cœcum avec engorgement stercoral consécutif, fut combattue par des delayants, des bains prolongés, des topiques émollients et une diète absolue. Mais la douleur et la fièvre avaient cédé sans que les évacuations stercorales eussent repris leur cours. La constipation fut alors peu à peu vaincue par des lavements purgatifs, et surtout par l'usage assez soutenu de l'infusion de séné. Il y eut d'abord une énorme quantité de matières rejetées.

Des douches sulfureuses, l'équitation, l'usage du lait d'ânesse, un régime sévère, achevèrent la guérison ou même améliorèrent notablement la santé générale.

Cet état, très favorable, se soutint jusque dans les premiers

jours de février 1815. époque à laquelle M. M... fut atteint d'une nouvelle affection pulmonaire, avec expectoration sanguinolente d'abord, puis rouillée. Le malade était en convalescence et avait même repris ses occupations, lorsque la douleur dans la région iléo-cœcale se fit de nouveau sentir avec la plus grande violence ; on y retrouvait une tumeur rénitante d'un volume considérable et d'une sensibilité exquise : même constipation. (Bains de fauteuil répétés, boissons gommeuses et acidulées, huile de ricin à doses fractionnées). Le malade ne peut supporter le poids des moindres cataplasmes.

Il y eut peu de changement jusqu'au 13 mars ; la tumeur, malgré l'évacuation de quelques matières stercorales, ne s'affaisse pas d'une manière marquée ; et cette observation, jointe à l'aspect de ces mêmes matières, fait croire qu'elle a son siège hors de l'intestin lui-même.

L'état inflammatoire se prononce de plus en plus ; la tumeur est dure, bosselée, inégale ; elle fait saillie dans la fosse iliaque, et offre un volume de cinq à six pouces dans tous les sens. MM. Jacquemin, père, et Dupuytren, appelés en consultation le 14 mars, ont reconnu une fluctuation profonde. Une ponction oblique, pratiquée par M. Dupuytren, donne issue à une quantité assez considérable d'un pus roussâtre, peu lié et d'une odeur fétide : le soulagement est subit.

La plaie, restée fistuleuse, continua à fournir une assez grande quantité de pus : le malade s'affaiblit graduellement et l'expectoration resta fort abondante. Trois plaies nouvelles, à peu de distance de l'ouverture première s'ouvrirent successivement en communiquant avec le foyer profond : le pus était séreux.

Cet état se soutint, à peu de variations près, jusqu'à la fin de l'hiver de 1816. Alors l'état de la poitrine devint plus fâcheux, l'expectoration plus abondante et décidément puriforme ; il y eut infiltration des extrémités inférieures. Il ne faut pas oublier de noter ici qu'à plusieurs reprises on avait observé que, lorsque les plaies cessaient de suppurer, il y avait de la diarrhée, qui

disparaissait lorsque les ouvertures fistuleuses donnaient de nouveau issue au pus, d'ailleurs assez peu abondant.

Enfin, le 15 avril, le malade étant resté exposé à un courant d'air très froid, il ne tarda pas à éprouver, dans toute l'étendue du ventre, des douleurs accompagnées de fièvre. Il succomba, le 22, à une péritonite aiguë.

L'autopsie, faite le lendemain par MM. Jacquemin père et fils et Hacquart, présente les résultats suivants.

Le corps est complètement décoloré et amaigri au plus haut degré ; les extrémités sont œdématisées ; le thorax résonne dans presque tous ses points ; le ventre est peu météorisé.

Une collection purulente fort étendue occupe tout le sommet du poumon droit. Ce foyer se ramifiait dans la moitié supérieure environ de ce viscère. Le reste du poumon, ainsi que le gauche, étaient sains et crépitants.

Le péritoine contient trois litres environ de sérosité rougeâtre dans laquelle flottent des flocons de fibrine décolorée, peu concrets ; une exsudation analogue réunit la plupart des circonvolutions intestinales ; la surface des intestins est d'ailleurs assez phlogosée.

On examina avec soin la partie qui avait été le siège de la tumeur ; la peau amincie, dénudée dans l'étendue de deux pouces de diamètre à peu près, était perforée par quatre ouvertures qui communiquaient entre elles pour aboutir ensemble à un foyer vide, ou poche, placé entre les fibres musculaires des parois abdominales et la face externe du péritoine ; à cette poche adhérait une partie du cœcum et l'appendice cœcal venait s'y perdre *en s'y ouvrant*. D'ailleurs, cette désorganisation très circonscrite ne retraçait plus qu'imparfaitement l'image de la tumeur, son volume et ses callosités ; c'était une sorte de cloaque où s'épanouissait l'appendice qui se confondait avec les parois du sac, par un tissu cellulaire assez serré. Le tissu cellulaire de la fosse iliaque était sain, ainsi que le colon et le cœcum ; on doit dire même qu'à la fistule intestinale près, toute cette masse semblait être en voie de guérison.

Malgré cette communication évidente entre l'intérieur du canal intestinal et la plaie, par le moyen de l'appendice, jamais on n'a remarqué de pus dans les selles, ni de matières stercorales (ou leur odeur, ou leur couleur) dans le produit des plaies.

OBSERVATION XI (J. C. Lever).

Abcès du ligament large s'ouvrant extérieurement à droite.

A. M... Femme strumeuse, 4 enfants, bonne santé jusqu'à sa dernière couche, il y a 10 semaines. Couche naturelle, mais prolongée. Jour suivant, frisson, fièvre, douleur et gêne à l'hypogastre, qui s'étendit bientôt à la région iliaque droite ; fomentations et vésicatoires. Dans ces derniers temps, augmentation de la douleur ; battements. Une tuméfaction oblongue, dure, au-dessus du ligament de Poupart à droite, très douloureuse à la pression. Au bout de huit jours, augmentation de volume, fluctuation. Refuse une intervention. Ouverture spontanée un ou deux jours après. Écoulement abondant de pus fétide pendant quatre semaines. Convalescence rapide. Légère induration qui disparaît graduellement.

OBSERVATION XII

(Bulletin de la Société de Chirurgie. Série I, tome VII).

Kyste fœtal ovarique gauche simulant un abcès de la fosse iliaque droite.

Femme de 35 ans, morte dans le service de Richet, à l'hôpital Saint-Antoine.

Cette femme, qui a eu plusieurs enfants, a été prise, l'année dernière, au mois de mai, de symptômes que le médecin de la localité caractérisa de fièvre typhoïde. Elle fut assez longtemps

à se rétablir, et, pendant la convalescence, il survint dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse, qui bientôt devint fluctuante et s'ouvrit au-dessus de l'arcade crurale, en bas et en dedans de l'épine iliaque antérieure. Depuis cette époque, l'ouverture, qui est restée fistuleuse, n'a pas cessé de laisser échapper chaque jour une notable quantité de pus, à ce point que la malade, inquiète et épuisée, résolut de venir à Paris pour chercher remède à son mal.

Elle entre à l'hôpital Saint-Antoine dans les premiers jours de février. Cette femme est parfaitement réglée, d'un assez bon appétit, seulement elle se plaint de douleurs continuelles dans le bas-ventre. Un stylet introduit par l'ouverture fistuleuse permet de constater que le trajet qui livre passage au pus est tortueux, très oblique, se dirigeant en dedans du côté de la symphyse pubienne, parallèlement à l'arcade crurale. Le toucher vaginal démontre que l'utérus est à l'état normal comme volume et comme direction, et que le ligament large est étranger au développement du foyer purulent de la fosse iliaque.

Les jours suivants, j'introduis dans le trajet fistuleux un morceau d'éponge préparée, et quelques jours après je puis y plonger le doigt, ce qui me permet de constater qu'il existe derrière la paroi abdominale un large foyer purulent, parfaitement limité en arrière par la fosse iliaque, en bas par l'arcade crurale et l'union de la gaine du psoas à cette bandelette fibreuse, en avant par la paroi abdominale. En parcourant cette poche avec le doigt, je découvre, du côté de la racine de la cuisse et attendant au psoas et à l'arcade crurale, une tumeur qui fait saillie dans la cavité du foyer. Afin de mieux explorer, j'agrandis l'ouverture à l'aide du bistouri, du côté interne, et je constate alors que cette tumeur saillante contient quelque chose de dur et de rugueux que je saisis avec des pinces à pansement, et que j'amène, non sans quelques difficultés, à l'extérieur. C'était une dent; j'en retire successivement plusieurs, puis un fragment d'os, puis un paquet de poils et de cheveux. Plus de doute dès lors, le prétendu abcès de la fosse iliaque, suite de fièvre typhoïde, n'est autre chose qu'un kyste fœtal.

Les jours suivants, je me borne à laver le foyer à l'aide de grandes lotions avec la décoction de quinquina ; mais la suppuration est tellement abondante et fétide, et la malade a un tel désir d'être débarrassée de son infirmité, que je songe sérieusement à tenter l'extraction de ce qui reste de cette poche. Toutefois, afin de mettre toutes les chances favorables de mon côté, je décide que cette extraction ne se fera que par décollement et arrachement avec le doigt, sans le secours d'aucun instrument tranchant, de crainte d'intéresser la cavité péritonéale, que je suppose être très voisine, et qu'elle n'aura lieu que progressivement et non en une seule séance. Il fut fait ainsi : c'est-à-dire que pendant plusieurs jours je retirai successivement des dents, des fragments osseux, des débris d'os, etc. ; jusqu'à ce qu'enfin, je crus pouvoir décoller la portion du kyste opposée à la paroi péritonéale, celle qui adhérait à l'arcade crurale et au psoas. L'extirpation se fit sans beaucoup de difficultés et j'introduisis dans le foyer quelques bourdonnets de charpie.

Le lendemain, la malade était dans son état de santé habituel ; mais le surlendemain, elle fut prise d'un violent frisson ; le ventre se gonfla, puis bientôt survinrent, successivement, tous les symptômes d'une péritonite aiguë à laquelle elle succomba.

A l'autopsie, nous trouvâmes du pus dans la cavité péritonéale, et surtout dans le petit bassin. La fosse iliaque droite était occupée par une tumeur du volume du poing, que circonscrivaient des adhérences à la paroi abdominale, adhérences formées par le grand épiploon, enveloppant complètement et de tous côtés une tumeur globuleuse constituée par l'ovaire gauche. L'ovaire droit et l'utérus, refoulés dans le petit bassin, étaient situés au dessous de la bride que fournit le ligament large du côté gauche, tirailé et fixé dans la fosse iliaque droite. Une petite fissure existait entre les adhérences qui fixaient la tumeur à la paroi abdominale, près de l'arcade crurale, et, c'était par là que les liquides contenus dans la poche avaient fusé dans la cavité péritonéale.

OBSERVATION XIII (Inédite.)

*Mal de Pott dorso-lombaire et ostéite de l'os iliaque droit.
Fistule.*

L...., Marie, âgée de 14 ans, est entrée à l'hôpital de Berck à l'âge de 4 ans, pour son mal de Pott et un abcès qu'elle avait dans la fosse iliaque droite. Là, on lui incisa son abcès ; l'écoulement de pus à la suite de cette incision, dura quatre ans. Enfin elle sortit guérie au bout de ce temps.

Depuis l'âge de 7 ans jusqu'à 13 ans, elle fut relativement bien portante. A cette époque (13 ans) elle ressentit alors des douleurs vives dans la région iliaque droite, tout le long de la crête de l'os iliaque, puis il se forma une grosseur, qui augmenta peu à peu de volume, dans la fosse iliaque droite. Trois mois après, cet abcès s'ouvrait spontanément au-dessus de l'arcade crurale, dans sa partie externe, livrant passage à du pus liquide, jaune. Depuis ce moment, il est resté une fistule par laquelle le pus s'écoule toujours.

OBSERVATION XIV (Inédite.)

Coxalgie droite avec fistule iliaque

Germaine T..., âgée de sept ans, a déjà été soignée dans le service du docteur Félizet, il y a deux ans, pour sa coxalgie. Elle présentait à cette époque un abcès iliaque droit que l'on incisa, et on lui fit en même temps un grattage. Elle sortit guérie au bout de six mois. Il y a un an, la malade, ayant présenté à nouveau un abcès de la fosse iliaque droite, rentre dans le service du docteur Félizet. On lui incise son abcès et on lui fait un nouveau grattage. Ses parents la voyant guérie l'emmènent chez eux au bout de trois mois. Mais chez elle, la petite malade marche trop tôt, et il se forme une troisième fois

un abcès iliaque droit qui s'ouvre au dehors à environ 3 centimètres au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure dans la fosse iliaque droite. Ses parents la ramènent alors à l'hôpital au mois d'août 1903. On constate que la fistule se dirige vers la cuisse pour gagner l'articulation de la hanche et que de plus il s'est formé un abcès à la partie supérieure et externe de la cuisse : on incise cet abcès, d'où il sort une grande quantité de pus jaune, liquide.

Depuis son entrée à l'hôpital, la petite malade a toujours eu un écoulement du pus assez abondant par sa fistule.

OBSERVATION XV.

Du Docteur E. Vincent (in *Revue de chirurgie*, 1898).

Mal de Pott lombaire. Absès lombo-iliaque avec deux fistules iliaque et lombaire droites.

Jeanne Laj..., âgée de 8 ans. Entrée le 17 novembre 1893 pour mal de Pott lombaire avec deux fistules iliaque et lombaire droites.

Traitement. — 7 décembre 1893. Drainage lombo-iliaque et curettage des troisième et quatrième lombaires.

26 avril 1894. Nouveau curettage.

25 mai. Lamellectomie pour donner issue au pus intra-canaliculaire.

Résultats. — Suppuration persistante en 1895.

OBSERVATION XVI.

(Després. Société de chirurgie, 1889, p. 1013.)

Absès de la fosse iliaque. Ouverture spontanée. Fistule.

Trépanation de l'os iliaque. Guérison.

J'ai soigné, en 1878, un malade qui avait reçu, pendant la

guerre une balle qui avait pénétré dans la fosse iliaque. Cette balle avait été extraite par M. Le Dentu, et le malade était resté guéri pendant quatre ans. Au bout de ce temps, un abcès se forma qui s'ouvrit spontanément entre les deux épines iliaques antérieures et détermina un trajet fistuleux.

Trépanation de l'os iliaque. Drainage. Guérison,

OBSERVATION XVII.

Chupin. Société de chirurgie, 1893, p. 975.

Abcès appendiculaire. Ouverture spontanée. Fistule.

Infirmier militaire. 24 ans, qui, le 20 mai 1890, fut pris d'une première attaque d'appendicite, qui guérit spontanément en 20 jours.

Le 26 septembre. Deuxième attaque qui l'oblige à s'aliter pendant six semaines.

Le 10 décembre. Troisième attaque qui se termine par formation d'un abcès qui s'ouvre spontanément.

Enfin, le 13 mars 1891, nouvel abcès iliaque qui s'ouvre aussi spontanément et pour lequel le malade entre à l'hôpital le 26 avril.

5 juin. Laparatomie iliaque. Guérison.

OBSERVATION XVIII (Inédite).

Recueillie dans le service de M. le professeur Tillaux.

Fistule purulente de la fosse iliaque droite d'origine ganglionnaire.

Four..., Angèle, 32 ans, femme de chambre, entre à l'hôpital de la Charité, salle Gosselin, pour une grosseur qu'elle a dans la fosse iliaque droite.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants.

Réglée à 11 ans et toujours d'une façon régulière.

A 16 ans, elle accouche d'un enfant, à terme, actuellement bien portant ; jamais elle n'a fait de fausse couche.

Dernières règles le 14 avril 1903.

La malade a toujours été bien portante jusqu'au mois de janvier 1903. A cette époque, elle a été prise, quatre jours après le début de ses règles, de douleurs lancinantes subites dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans la cuisse droite, jusqu'au genou. Les douleurs rendaient la marche très pénible, et la malade boitait alors fortement quand elle voulait marcher.

A son entrée à l'hôpital, le 19 janvier 1903, on trouve à la palpation une masse assez volumineuse, empâtée, et l'on porte le diagnostic d'abcès d'origine ganglionnaire iliaque.

L'extension de la cuisse provoque de vives douleurs, qui diminuent avec la flexion.

Le 5 février l'on fait une incision et l'on ouvre une cavité purulente, d'où il s'échappe une grande quantité de pus. La température, qui était à 40°, tombe aussitôt et les douleurs disparaissent.

L'état de la malade reste stationnaire pendant les six semaines qui ont suivi l'ouverture de l'abcès ; mais il s'est formé une fistule par laquelle le pus continue à s'écouler, liquide, louche et tenant en suspension des grumeaux de matière caséuse.

Au bout de ce temps, la température remonte à 39° et l'on constate alors la formation d'une nouvelle poche, que l'on ouvre et de laquelle sort encore une quantité notable de pus. La température retombe, après l'opération, à la normale, mais il y a toujours persistance d'une fistule par laquelle le pus s'écoule continuellement.

A la suite de cette opération, la malade n'a pas revu ses règles jusqu'au mois d'avril ; mais aux époques où celles-ci auraient dû se manifester, elle ressentait de violentes douleurs, se présentant sous forme de coliques.

A sa sortie de l'hôpital, la malade avait encore une fistule qui donnait toujours issue à du pus liquide, louche, tenant en suspension quelques grumeaux de matière caséuse.

CONCLUSIONS

I. Les fistules purulentes de la fosse iliaque droite ne forment pas une entité morbide ; elles ne sont qu'une variété des complications des abcès de la fosse iliaque.

II. Elles ont comme point de départ des collections purulentes qui sont toutes situées en dehors de la cavité péritonéale, soit primitivement, soit secondairement.

III. L'orifice cutané de la fistule, unique ou multiple comme le trajet auquel il fait suite, peut occuper tous les points de la fosse iliaque interne droite.

IV. Le diagnostic étiologique est souvent difficile ; mais il faut savoir que si l'étiologie paraît obscure, il faudra penser le plus souvent à une appendicite méconnue.

V. L'examen microscopique du pus pourra aider ce diagnostic étiologique, en montrant soit le bacille de Koch, soit des microbes pyogènes et le coli-bacille.

VI. Ces fistules peuvent être le siège de complications dont la plus fréquente est leur transformation en fistule pyo-stercorale.

VII. Le seul traitement rationnel, dans les cas d'abcès par congestion, sera l'injection de substances modifica-

trices à l'intérieur de la poche purulente, accompagnée d'un traitement général ; et, dans les abcès chauds, l'extraction des corps étrangers, l'ouverture large de la poche purulente, ou, enfin, s'il s'agit d'un phlegmon appendiculaire, l'appendicectomie.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
TILL AUX.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- BARDELEN. — Virchow's *Arch.*, 1849, p. 583.
- BOYER. — Maladies chirurg., tome II, chap. III, 4^e édition.
- BRUN. — *Presse médicale*, 1896, p. 385.
- CELSE. — De medicin., cap. XXVIII, lib. V.
- COCHOT. — Complications post-opératoires de l'appendicite.
Th. Paris, 1898.
- CHUPIN. — Société de chirurgie, 1893.
- BÉRARD et DENOVIILLIERS. — Art. fistule in compendium de chirurgie, t. IV, 1845.
- DUPUYTREN. — Leçons orales, t. III.
- DESPRÉS. — Société de chirurgie, 1889, p. 1013.
- DECHAMBRE. — Diction. encyclop. des sciences méd. art. fistule.
- Encyclopédie internationale de chirurgie. — Art. fistule, abcès ilio-pelviens.
- FOLLIN. — Traité élémentaire de path. ext. Tome I.
- M^{lle} GORDON. — Appendicite chez l'enfant. *Th.* Paris, 1897.
- GRISOLLE. — Des tumeurs phlegmoneuses de la fosse iliaque.
Path. Interne.
- HEISTER. — Instit. de chirurg. Tome I. lib. V. Trad. franç. de Paul d'Avignon, 1770.

- JACCOUD. — Nouv. Dict. de méd. et de chirurg. pratiques.
Art. fistule et iliaque.
- KOINDJY. — Appendicectomie. *Th.*, Paris, 1898.
- LANNELONGUE. — Tuberculose osseuse.
- P. DELBET. — Traité des suppurations pelviennes chez la femme.
- LUSCHKA. — Virchows' Arch. 1861.
- MARVIDÈS. — Prix de l'Acad. de chirurg. Tome IV.
- LEVER (J. C.). — Guy's hosp. Rep. 1844.
- POULET et BOUSQUET. — Path. externe, tome III. Art. Phlegmon iliaque.
- GUINARD in LE DENTU et DELBET. — Art. Appendicite. Tome VII.
- JALAGUIER. — Art. appendicite, in Duplay et Reclus, Tome VI.
- VELPEAU. — Leçons de clinique chirurg. Tome III. Paris 1840.
- LARREY, — Cliniq. chirurg. Tome III.
- TILLAUX. — Anat Topog.
— Cliniq. chirurg. Tome II.
- RICHET. — Anat. Topo.
— *Bull. de la Soc. de chirurgie*. Série I. Tome VII.
- BUSCARLET. — Congrès de chirurgie de 1891, p. 256.
- GRANDBOULAN. — *Th.* Paris, 1896.
- VINCENT. — *Revue de chirurgie*, 1898.
- MÉNARD. — Etude pratique du mal de Pott.